

Pelo presente Termo de Opção, eu, o participante abaixo qualificado manifesto a decisão pela manutenção da inscrição no Plano COHABPrev, administrado pela Fundação Libertas. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante neste Plano e assegurar a percepção dos benefícios oferecidos conforme regulamento, quando do preenchimento das carências, bem como para exercer por meio deste direito de "AUTOPATROCÍNIO", a opção de continuar a pagar os valores da parcela de minha contribuição e a parcela relativa à contribuição da patrocinadora, na forma disciplinada no Regulamento, conforme previsto no artigo 14, inciso IV da LC 109, de 29.05.01 e artigo 22 da Resolução CGPC no 06, de 30.10.03. Declaro ter conhecimento das normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

Obs.: Caso o participante retorne as atividades na empresa sem a comunicação prévia e formal à Fundação LIBERTAS, sua Opção de AUTOPATROCÍNIO será automaticamente cancelada.

DADOS PESSOAIS

Nome:			
Nome Social:			
Matrícula:	CPF:	CEP:	
Endereço/ Logradouro:	Bairro:	Nº:	
Complemento:	UF:	Cidade:	
E-mail Pessoal:	E-mail Comercial:		
Telefone:	Celular:		

CÁLCULO DA CONTRIBUIÇÃO

Remuneração:	% de Contribuição Participante:
Salário de Contribuição:	Valor Mensal da Contribuição:
% de Contribuição Patrocinadora:	

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do plano previdencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Declaro, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, que AUTORIZO EXPRESSAMENTE o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente indicado como beneficiário, nos termos do art. 14 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras e que possuo poderes legais para conceder este consentimento.

ASSINATURA

As partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

Data

Assinatura do participante