

DADOS PESSOAIS

Nome:

Nome Social:

Matrícula MGS:

CPF:

CEP:

Endereço/ Logradouro:

Bairro:

Nº:

Complemento:

UF:

Cidade:

E-mail Pessoal:

E-mail Comercial:

Telefone:

Celular:

OPÇÕES DE CONTRIBUIÇÃO

☐ **Opção 1 - autopatrocínio:** manter as contribuições normais durante o período de licença. {aposentadoria programada, risco (pensão e invalidez) e administração}.

☐ Manter o percentual de contribuição atual.

☐ Alterar o percentual de contribuição durante a licença para:

_____ % incidente sobre o salário efetivo de até 10 URPs; de 0,5% a 1,5%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5% (Art. 23, inciso I).

_____ % incidente sobre o salário efetivo que exceder a 10 URPs, limitado a 40 URPs; de 1,5% a 7%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5% (Art. 23, inciso II).

☐ **Opção 2 - cobertura de risco:** manter somente as contribuições de risco durante o período de licença.

☐ **Opção 3 - suspensão:** suspender as contribuições normais e de risco durante o período de licença.

Obs.: a manutenção da contribuição normal implica automaticamente na manutenção da contribuição de risco.

Ao optar pelo pagamento apenas da taxa de risco, expresso minha concordância em ter os valores referentes a taxa de risco e administração cobrados via boleto bancário.

Tenho ciência que ao optar pela suspensão das contribuições (opção 3), na ocorrência de invalidez ou morte, não haverá a cobertura do **saldo projetado** do fundo de previdência, nos termos do (A rt. 46, §1º do Regulamento) plano.

Em caso de dúvida, entr e em contato conosco pelo WhatsApp: **(31) 3181 1337**.

O preenchimento deste formulário não dispensa o participante da leitura e observância do Regulamento, consistindo no documento oficial do plano MGSPrev, aprovado pela PREVIC, órgão regulador e fiscalizador das Entidades Fechadas de Previdência Complementar.

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