

**NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO DO PLANO PREVIDENCIAL, VENHO REQUERER O BENEFÍCIO ABAIXO ASSINALADO:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade | <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo | <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez | <input type="checkbox"/> Supl. Apos. Especial  |
| <input type="checkbox"/> Pensão por Morte        | <input type="checkbox"/> Auxílio Doença          | <input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte           | <input type="checkbox"/> Benef. Proporc. Diferido (BPD) p/Recebimento _____ ANOS (de 15 a 30 anos) |

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula Patrocinadora: \_\_\_\_\_

Matrícula Fundação Libertas: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Carteira de identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_

Conta corrente: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

**Marque X** para o Beneficiário de Imposto de Renda: \_\_\_\_\_

**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 previdencial 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.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano previdencial.

**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.

**DECLARO JUNTO À FUNDAÇÃO LIBERTAS, SEREM VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA E ESTOU CIENTE QUE O CÁLCULO DO MEU BENEFÍCIO SERÁ FEITO DE ACORDO COM BASE NOS 12 ÚLTIMOS SALÁRIOS DE PARTICIPAÇÃO EFETIVAMENTE RECOLHIDOS AO PLANO.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local: Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente