

TRANSFORMAÇÃO DE BENEFÍCIO EM PAGAMENTO ÚNICO

Identificação do Assistido

Nome		CPF		
Plano		Patrocinadora		
<input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo I <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo II		<input type="checkbox"/> BB/BESC <input type="checkbox"/> BADESC	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ESTADO SC (CODESC)	<input type="checkbox"/> FUSESC <input type="checkbox"/> BESCOR
E-mail				

O Participante acima identificado, vem, perante a FUSESC, com fundamento no item 12.12 do Regulamento do Plano de Benefícios, REQUERER a transformação de seu benefício em pagamento único.

Forma de recebimento

- Em parcela única
- Em 02 (duas) parcelas mensais e sucessivas
- Em 03 (três) parcelas mensais e sucessivas

Atenção: Encaminhar junto com este formulário, documento de Identificação e CPF.

AVISO DE TRANSPARÊNCIA: Os dados pessoais informados neste formulário poderão ser compartilhados com terceiros para a realização dos serviços contratados pela FUSESC para a execução de suas atividades e nas demais situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – **LGPD (Lei nº 13.709/2018).**

____ / ____ / _____

Data

Local

Assinatura do Assistido

(Reconhecer assinatura em cartório)

