

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS PESSOAIS

Eu _____,
CPF: _____ Assistido da **Fundação Sistel de Seguridade Social**, matricula Sistel nº _____, autorizo a Associação de Aposentados _____, a consultar junto à Sistel meus dados pessoais relativos aos planos de benefícios e saúde a que sou vinculado, com a finalidade exclusiva de prestar atendimento em assuntos do meu interesse e esclarecer dúvidas sobre:

- Cobranças e reembolso de despesas médicas
- Pacote de Exames Preventivos
- Simulação de empréstimos
- Cobertura e liberação de procedimentos médicos

Tenho conhecimento de que os meus dados pessoais serão fornecidos pela Fundação Sistel de Seguridade Social à referida Associação, restrita e exclusivamente para a finalidade descrita nesse documento e em observância às normas internas da Sistel de segurança da informação e em conformidade com a Lei nº 13.709 de 14/08/2018.

A presente autorização é válida por prazo indeterminado, podendo ser cancelada mediante requerimento formal perante a Sistel.

Assinatura do Assistido