

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA
TRANSFORMAÇÃO DO BENEFÍCIO MENSAL EM PAGAMENTO ÚNICO**

Nome:	Patrocinadora:	Matrícula:
Email pessoal:	CPF:	

DADOS BANCÁRIOS

Banco:	Agência:	C/C:
---------------	-----------------	-------------

Na qualidade de Participante do **PLANO A** **PLANO D** venho, por meio desta, declarar minha total concordância com a transformação de meu benefício mensal em pagamento único em razão do seu valor, correspondente a R\$ _____ (_____) no mês de _____, ser inferior a 6 (seis) UR para participantes do Plano A ou inferior a 2 (duas) URN para participantes do Plano D. Diante disso, todas as obrigações do Plano _____ perante a mim e aos meus Beneficiários, Beneficiários Indicados e os herdeiros legais estarão extintas definitivamente, após o efetivo pagamento.

Para informações sobre o tratamento de dados pessoais realizado pela Previ Novartis, em observância à Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), declaro que tive ciência sobre a Política de Privacidade da Previ Novartis, disponível no site institucional (<https://www.previnovartis.com.br/>) e no Aplicativo mobile denominado como Previ Novartis.

Assinatura

_____, _____ de _____ de 2024.
Local / data