

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

<b>Nome:</b>	<b>Patrocinadora:</b>	<b>Matrícula:</b>
<b>Email pessoal:</b>	<b>CPF:</b>	

**DADOS BANCÁRIOS**

<b>Banco:</b>	<b>Agência:</b>	<b>C/C:</b>
---------------	-----------------	-------------

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