



**REQUERIMENTO DE PERCENTUAL ATÉ 25% DO SALDO DE CONTA APLICÁVEL
PLANO D**

Nome:		
Patrocinadora:	CPF:	
Email Pessoal:	Matrícula	

Dados bancários:

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

Em cumprimento às exigências da legislação vigente aplicável, informar se exerce ou exerceu nos últimos 5 anos, função pública relevante, assim como funções relevantes em organizações internacionais, bem como seus representantes, familiares, estreitos colaboradores e outras pessoas de relacionamento próximo.

☐ **Sim**

☐ **Não**

Nos termos do Regulamento do Plano venho por meio do presente requerer _____% (até 25%) do meu Saldo de Conta Aplicável. Declaro, estar ciente e concordar que:

- A opção por receber até 25% do meu Saldo de Conta Aplicável está limitada a 5 vezes, desde que o percentual adicionado aos já concedidos não ultrapasse o limite de 25%.
- O percentual de até 25% por mim definido será aplicado sobre o meu Saldo de Conta Aplicável registrado no último dia do mês anterior ao do presente requerimento.
- Após cada pagamento do percentual de até 25% por mim definido, minha renda mensal será recalculada de modo a considerar o Saldo de Conta Aplicável remanescente na data do recálculo do meu benefício.
- Caso o percentual de até 25% por mim definido enseje uma renda mensal inferior a **6 (seis) UR**, a Previ Novartis reduzirá automaticamente o referido percentual até que o Saldo de Conta Aplicável resulte na concessão ou na manutenção, conforme o caso, de uma renda mensal.
- A opção por receber até 25% do meu Saldo de Conta Aplicável é de caráter irrevogável e irretratável.
- Devo informar à Previ Novartis sobre meu enquadramento na FATCA "Foreign Account Tax Compliance Act", lei norte-americana de combate à evasão fiscal no país em relação a rendimentos e outros ganhos de investimentos feitos fora dos Estados Unidos por cidadãos estrangeiros com obrigações fiscais nos Estados Unidos, designadas "US Person" (Pessoa Americana), por forma do Acordo celebrado entre o Brasil e os Estados Unidos da América, promulgado pelo Decreto nº 8.506, de 24/8/2015.

Em observância a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), autorizo a Previ Novartis a realizar o tratamento dos meus dados pessoais tão somente para fins lícitos e aqueles previstos na execução do Plano de Benefícios D, respectivas avaliações atuariais e financeiras e, ainda, compartilhá-los com os órgãos governamentais que legalmente os requererem. Para informações sobre o tratamento de dados pessoais realizado pela Previ Novartis, 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.

Local:

Data: ____/____/____

Assinatura