

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA**  
**TRANSFORMAÇÃO DO BENEFÍCIO MENSAL EM PAGAMENTO ÚNICO**  
**(itens 12.30, 12.31 e 12.32 do Regulamento)**

<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 oriundo do Plano A**, nos termos dos itens 12.30, 12.31 e 12.32 do Regulamento, 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. 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 \_\_\_\_\_.  
Local / data