

TERMO DE OPÇÃO AOS INSTITUTOS LEGAIS OBRIGATÓRIOS

Prezado(a) participante,

Devido ao término de seu vínculo empregatício com empresa patrocinadora da MSD Prev, você está recebendo anexo o Extrato de Desligamento contendo informações específicas quanto a sua situação, para auxiliar em sua decisão por uma das opções constantes deste Termo, desde que atendidas as condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Aposentadoria da MSD Prev – Sociedade de Previdência Privada.

Para tanto, assinale sua opção, assine e encaminhe este documento à MSD Prev. O prazo para formalizar sua opção é de 30 (trinta) dias após o recebimento do extrato.

De acordo com a legislação vigente e com o Regulamento do Plano de Aposentadoria da MSD Prev – Sociedade de Previdência Privada, formalizo a minha opção por um dos Institutos Legais Obrigatórios, conforme abaixo:

Nome	CPF
Tel.:	E-mail

<input type="checkbox"/>	AUTOPATROCÍNIO: Esta opção consiste na manutenção de sua inscrição no Plano até a idade prevista para a elegibilidade ao benefício de Aposentadoria, como Participante Autopatrocinado, mediante a realização de contribuições mensais correspondentes a suas contribuições mais as que seriam feitas pela patrocinadora, acrescidas de taxa de administração prevista no Plano de Custeio, de acordo com as condições estabelecidas no Regulamento do Plano, respeitando os limites legais, a fim de assegurar a percepção dos benefícios previstos pelo Plano. Esta opção não impede posterior opção pela Portabilidade, Resgate ou Benefício Proporcional Diferido, sendo que o cálculo dependerá das disposições destes institutos.								
<input type="checkbox"/>	BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO: consiste na manutenção de sua inscrição no plano, como participante vinculado, desde que atendida a carência prevista no Regulamento do Plano de Aposentadoria, mediante retenção do montante correspondente ao seu direito acumulado no fundo até você completar a idade prevista para elegibilidade ao benefício de Aposentadoria e o pagamento de taxa de administração prevista no Plano de Custeio da Entidade. Esta opção não impede posterior opção pelo Autopatrocínio, pela Portabilidade ou pelo Resgate.								
<input type="checkbox"/>	PORTABILIDADE: Esta opção é válida desde que atendida a carência prevista no Regulamento do Plano de Aposentadoria e consiste no cancelamento de sua inscrição no Plano e PORTABILIDADE do seu direito acumulado, calculado segundo o Regulamento do Plano, para outra entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora de sua escolha. Obs: A Portabilidade se dará mediante preenchimento do "TERMO DE PORTABILIDADE"								
<input type="checkbox"/>	RESGATE: Esta opção consiste no cancelamento de sua inscrição no plano e consequente devolução das contribuições efetuadas por você, acrescida de um percentual fixo do saldo de Conta de Contribuição de Patrocinadora, calculado na Data de Avaliação, com base no Tempo de Vinculação do Participante a este Plano, em até 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas, líquidas de imposto de renda, de acordo com as condições estabelecidas no Regulamento do Plano, bem como a inclusão de Recursos Portados de Entidades Abertas/Seguradoras.								
<input type="checkbox"/>	PAGAMENTO ÚNICO <input type="checkbox"/> PAGAMENTO EM _____ VEZES (até 12 parcelas)								
<input type="checkbox"/>	OPTO POR INTEGRAR AO VALOR DE RESGATE OS RECURSOS ALOCADOS NA RUBRICA RECURSOS PORTADOS - ENTIDADE ABERTA / SEGURADORA								
RESIDÊNCIA FISCAL NO BRASIL? () SIM () NÃO									
<table border="1"> <tr> <th>Nome do Banco</th> <th>Nº do banco</th> <th>Nº da Agência</th> <th>Nº Conta Corrente</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Nome do Banco	Nº do banco	Nº da Agência	Nº Conta Corrente	 	 	 	 	
Nome do Banco	Nº do banco	Nº da Agência	Nº Conta Corrente						

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DO PARTICIPANTE – Assumo a responsabilidade integral pelas informações prestadas, declarando ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Aposentadoria da MSD Prev – Sociedade de Previdência Privada e que estão disponíveis no site da Entidade (www.msdpPrev.com.br).

Autorizo a administração do plano a tomar as providências necessárias conforme minha opção, ciente que o depósito em minha conta corrente do valor correspondente ao RESGATE, ou a efetivação da PORTABILIDADE para a Entidade Receptora indicada, constituirá plena e geral quitação dos meus direitos, extinguindo-se todas as obrigações da MSD Prev para comigo e meus beneficiários.

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante