

**TERMO DE OPÇÃO AOS INSTITUTOS LEGAIS OBRIGATÓRIOS –
Participante: Vinculado/Autopatrocinado**

Nome	CPF
Tel.:	E-mail

TIPO DE PARTICIPANTE

- ☐ **AUTOPATROCINADO:** Conforme Regulamento do Plano de Aposentadoria, na hipótese de desistência voluntária antes de obter a concessão de um benefício do Plano, poderei optar pelo Resgate, pelo Benefício Proporcional Diferido ou pela Portabilidade, observadas as condições previstas no Regulamento.
- ☐ **VINCULADO (BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO):** Conforme Regulamento do Plano de Aposentadoria, a opção pelo Benefício Proporcional Diferido não impede a posterior opção pelo Autopatrocinio, pela Portabilidade ou pelo Resgate.

OPÇÕES

- ☐ **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.
- ☐ **BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO:** deixar o saldo de Conta do Participante retido no Fundo até completar a idade prevista para elegibilidade ao benefício de Aposentadoria, na forma prevista no Regulamento, tornando-se um Participante Vinculado. Estou ciente de que deverei: assumir o custeio das despesas administrativas decorrente da minha manutenção no Plano, conforme estabelecido pelo Conselho Deliberativo da Entidade; **manter os meus dados cadastrais atualizados;** e, na data de minha elegibilidade ao Benefício, contatar a MSD Prev.
- ☐ **PORTABILIDADE:** após completar 3 (três) anos de Vinculação ao Plano e desde que não esteja em gozo de um benefício do Plano, poderei optar por portar, para outra entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar planos de benefícios de previdência complementar discriminada no Termo de Portabilidade (Entidade Receptora), o montante correspondente ao meu direito acumulado. Estou ciente que 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.
- ☐ **RESGATE:** esta opção consiste no cancelamento de sua inscrição no plano e consequentemente a devolução de suas contribuições efetuadas ao plano, 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. O resgate poderá ser efetuado sob a forma de pagamento único ou em até 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas, líquido de imposto de renda, de acordo com as condições estabelecidas no Regulamento do Plano. Os Recursos Portados de Entidades Abertas e Seguradoras poderão ser integrados ao valor do resgate. Estou ciente que o depósito em minha conta corrente do valor correspondente ao RESGATE constituirá plena e geral quitação dos meus direitos, extinguindo-se todas as obrigações da MSD Prev para comigo e meus beneficiários.

- ☐ PAGAMENTO ÚNICO ☐ PAGAMENTO EM _____ VEZES (até 12 parcelas)
- ☐ OPTO POR INTEGRAR AO VALOR DE RESGATE OS RECURSOS ALOCADOS NA RUBRICA RECURSOS PORTADOS - ENTIDADE ABERTA/SEGURADORA

RESIDÊNCIA FISCAL NO BRASIL? () SIM () NÃO

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.

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante