

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO ÚNICO DO SALDO

Razão Social da Patrocinadora	CNPJ / DV
<input type="checkbox"/> Allflex – Sistema de Identificação Animal Ltda.	05.194.267/0001-80
<input type="checkbox"/> Merck Sharp & Dohme Farmacêutica Ltda.	03.560.974/0001-18
<input type="checkbox"/> Merck Sharp & Dohme Saúde Animal Ltda.	07.954.091/0001-43

Nome do Participante	
<input type="text"/>	
Nº Registro	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conforme itens regulamentares 10.3.1 e 10.3.1.1 do Plano de Aposentadoria MSD Prev (abaixo transcritos), venho solicitar Pagamento Único de _____% (0% até 25%) do saldo da Conta do Participante (este percentual poderá ser solicitado em qualquer época uma única vez durante todo o período de concessão do Benefício).

10.3.1 A critério do Participante os benefícios serão pagos em parcela única de até 25% (vinte e cinco por cento) do saldo de Conta do Participante, observado o disposto no item 10.3.1.1, sendo o valor remanescente transformado em renda mensal.

10.3.1.1 A opção pelo recebimento de pagamento único de até 25% (vinte e cinco por cento) do saldo de Conta do Participante poderá ser formulada pelo Participante, por escrito, em qualquer época uma única vez durante todo o período de concessão do Benefício, por meio de formulário próprio fornecido pela Entidade, e terá caráter irrevogável e irretratável.

Declaro para os devidos fins que estou ciente de que os dados aqui solicitados estão em consonância com o Termo de Privacidade de Dados de que tenho conhecimento e que está disponível no site da MSD Prev: <https://msdprev.com.br/termo-de-privacidade-de-dados/>

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante