MSD PREV – SOCIEDADE DE PREVIDÊNCIA PRIVADA
Av. Dr. Chucri Zaidan, 296 - 11º andar - Vila Cordeiro - CEP 04583-110 - São Paulo - SP
Tels.: (11) 5189-7287/7459/7865 - E-mail: msdprev1@merck.com - www.msdprev.com.br
(Versão 05/25)

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO

DADOS DO PARTICIPANTE (SEM ABREVIAÇÕES)

Nome	Data de Nascimento
	_____ / _____ / _____

E-mail	CPF	Estado Civil	Sexo
			( ) Feminino ( ) Masculino

Endereço Residencial	Bairro

Cidade	Estado	CEP	Telefones

Residência Fiscal no Exterior	País de residência fiscal	Data da saída definitiva
Residente no Exterior: ( ) Sim ( ) Não		_____ / _____ / _____

CASO SEJA RESIDENTE NO EXTERIOR OU TENHA SAÍDA DEFINITIVA DO BRASIL: Conforme § 2º do Art. 3º da IN Nº 208 de 27 de setembro de 2002 da SRF: "A pessoa física residente no exterior que receba rendimentos de fonte situada no Brasil deve comunicar à fonte pagadora tal condição, por escrito, para que seja feita a retenção do imposto de renda exclusivo na fonte".

Dados bancários para recebimento do benefício

Número do Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Tendo preenchido os requisitos de elegibilidade para o recebimento de um benefício oferecido pelo Plano de Aposentadoria MSD Prev em vigor nesta data, venho solicitar a concessão do benefício abaixo assinalado:

Benefício	Escolha uma das formas de Pagamento do Benefício
☐ **Aposentadoria** ☐ **Benefício Proporcional Diferido** ☐ **Aposentadoria Invalidez**	Pagamento Único de _____% (0% até 25%) do saldo da Conta do Participante (este percentual poderá ser solicitado em qualquer época, em uma única vez), e o restante através de uma das opções abaixo: ☐ Pagamentos mensais, em número constante de quotas, por um período de _____ anos **(ENTRE 5 E 30 ANOS)**. ☐ Renda Mensal correspondente a _____% do saldo da Conta do Participante **(PERCENTUAL VARIÁVEL ENTRE 0,1% e 2,5%)** **OBS:** observar o intervalo de 0,05% (cinco centésimos por cento) ☐ Renda Mensal em moeda corrente no valor de R$ _____ **(NÃO PODENDO O SEU VALOR SER INFERIOR A 0,1% NEM SUPERIOR A 2,5% SOBRE O SALDO DA CONTA DO PARTICIPANTE)**. ☐ Caso o maior valor de benefício pago ao Participante, calculado com base no resultado da transformação do saldo da Conta do Participante, fique inferior a 1 (uma) UP, transformá-lo em pagamento único.

Importante:

- Unidade Previdenciária (UP): R$ 634,09 (base 2025), atualizada em janeiro de cada ano.
- O benefício pago na forma de **percentual (%)** do saldo ou o **período** do benefício poderão ser alterados pelo Participante nos meses de janeiro e junho de cada ano para valer no mês subsequente. Não há a possibilidade de mudar de categoria de benefício, ou seja, se optar pelo %, só poderá mudar o %; se optar pelo período, só poderá mudar o período; se optar pela renda em moeda, só poderia mudar para renda em moeda.
- O benefício pago em moeda corrente poderá ter seu valor alterado em janeiro de cada ano para vigorar a partir do mês subsequente.
- Quando o maior valor de benefício que seria pago ao Participante, calculado com base no resultado da transformação do saldo da Conta do Participante, ficar inferior a 1 (uma) UP, mediante acordo entre a Entidade e o Participante, o saldo da Conta do Participante será pago na forma de pagamento único, extinguindo-se, com seu pagamento, todas as obrigações da Entidade referentes a este Plano com relação ao Participante, seus Beneficiários, Beneficiários Indicados ou herdeiros legais.
- O valor do benefício mensal é pago no penúltimo dia útil do mês;
- Em dezembro é pago o valor do benefício mensal + abono (décimo terceiro);
- Caso o valor do Pagamento Único de até 25% não seja solicitado nesse momento, poderá ser solicitado em qualquer época uma única vez.
- Acesse o site: **www.msdprev.com.br** e depois clique em "login" e siga as orientações. Todas as informações sobre o plano e o saldo estão no site.
- Mantenha seus dados cadastrais atualizados, principalmente e-mail, telefone e endereço.

Declaro estar ciente e de acordo com o Termo de Privacidade de Dados da Entidade, disponível no site da Entidade (www.msdprev.com.br).

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____ _____

CONTINUA ►

TERMO DE OPÇÃO POR REGIME DE TRIBUTAÇÃO

Nome Completo

CPF

Com a publicação da Lei n.º 14.803, de 11 de janeiro de 2024, o momento da opção pela tabela regressiva de tributação foi alterado, sendo facultado ao contribuinte exercer a referida opção até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate referente aos valores acumulados em planos de benefícios nas modalidades CV ou CD. A opção pelo regime tributário será irretratável.

Em face da mencionada alteração legislativa, o participante que até o momento não obteve benefícios ou que não requereu o primeiro resgate poderá, caso seja de seu interesse, modificar a opção tributária realizada (regime regressivo ou progressivo de tributação). Assim, é importante que o participante se pronuncie novamente sobre o Regime Tributário a que pretende aderir, podendo alterar a opção anteriormente exercida.

Atenção: Caso o participante não devolva o presente formulário preenchido antes do primeiro pagamento de benefício ou da primeira requisição de resgate, a Entidade manterá a opção tributária exercida pelo participante quando do ingresso no plano de benefícios.

OPÇÃO 1: REGIME REGRESSIVO DE TRIBUTAÇÃO

☐ Declaro, para todos os fins fiscais e de direito, minha opção pelo regime regressivo de tributação dos rendimentos auferidos a título de benefícios ou resgates pagos por entidade de previdência complementar, cujas alíquotas decrescem quanto maior o período em que as contribuições ficarem aplicadas no plano, sendo a alíquota máxima de 35% e a alíquota mínima de 10%. Declaro estar ciente de que se trata de tributação exclusiva e definitiva na fonte.

_____ / _____ / _____ _____

DIA/MÊS/ANO **Assinatura do Participante**

OPÇÃO 2: REGIME PROGRESSIVO DE TRIBUTAÇÃO

☐ Declaro, para todos os fins fiscais e de direito, minha opção pelo regime progressivo de tributação dos rendimentos auferidos a título de benefícios ou resgates pagos por entidade de previdência complementar, cujas alíquotas crescem quanto maior o rendimento auferido, conforme a tabela do Imposto de Renda vigente. Os valores tributados são levados à declaração de ajuste anual do Imposto de Renda da Pessoa Física.

_____ / _____ / _____ _____

DIA/MÊS/ANO **Assinatura do Participante**

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

DADOS DO PARTICIPANTE (SEM ABREVIAÇÕES)

Nome	CPF

Termo de Responsabilidade

Pelo presente termo de responsabilidade, declaro, para fins de abatimento na base de cálculo do Imposto de Renda na Fonte, que as pessoas abaixo relacionadas são meus dependentes legais. Declaro, outrossim, estar ciente que a Sociedade não tem nenhuma responsabilidade sobre as informações aqui prestadas, que são do meu conhecimento as normas legais que definem os critérios de dependência, e que deverei comunicar à Sociedade, de imediato, qualquer alteração da condição de dependente ou ocorrências tais como óbito, cessação de invalidez de dependente ou sentença judicial que modifiquem a presente declaração. Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar-me à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às penalidades previstas na Lei e sustação do pagamento mensal do benefício de aposentadoria ou pensão enquanto perdurarem as irregularidades.

DEPENDENTES LEGAIS

Nome	E-mail	Telefone	Sexo	Parentesco	Data de Nascimento	CPF
			( ) Fem. ( ) Masc.		____ / ____ / ____	
			( ) Fem. ( ) Masc.		____ / ____ / ____	
			( ) Fem. ( ) Masc.		____ / ____ / ____	
			( ) Fem. ( ) Masc.		____ / ____ / ____	

Consideram-se dependentes legais:

a) O cônjuge (ou companheiro(a), desde que haja vida em comum por mais de cinco anos, ou por período menor se da união resultou filho);
b) O filho ou o enteado, até 21 anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
c) O menor pobre, até 21 anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
d) O irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 anos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
e) Pais, avós ou bisavós, desde que não aufiram rendimentos tributáveis ou não superiores ao limite de isenção mensal;
f) O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

Notas:

1. Os dependentes a que se referem os itens (b) e (d) poderão ser assim considerados quando maiores até 24 anos de idade, se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau.
2. Não podem ser dependentes:
   a. Filho(a) emancipado(a), com rendimentos próprios;
   b. O ex-cônjuge ou filhos, no caso de se efetuar abatimento relativo à pensão alimentícia judicial.
3. É proibida a dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges ou companheiros.
4. Mantenha em seu poder, para eventual comprovação perante a Secretaria da Receita Federal, a documentação referente à situação de seus dependentes.

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

_____

Assinatura do Participante

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Identificação do Participante

DADOS DO PARTICIPANTE (SEM ABREVIAÇÕES)

Nome	**CPF**

Sexo	**Data Nascimento**	**Estado Civil**
( ) Feminino ( ) Masculino	_____ / _____ / _____	

Beneficiários

Indico como Beneficiários e Beneficiários Indicados, para fins de recebimento do Pecúlio por Morte, as seguintes pessoas, com os devidos percentuais de benefício (a soma do % do benefício em cada quadro deve sempre totalizar 100%):

BENEFICIÁRIOS

Cônjuge ou companheiro(a) e seus filho(a)s, o(a) enteado(a) e o(a) adotado(a) legalmente, filho(a) menor de 21 anos ou 25 se universitário(a), e o(a) filho(a) permanentemente inválido(a).

Nome dos Beneficiários	**CPF**	**Telefone**	**E-mail**	**Parentesco**	**Data de Nascimento**	**% de Benefício**

BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Qualquer pessoa física inscrita pelo participante na Entidade (pai, mãe, irmão etc.).

Nome dos Beneficiários	**CPF**	**Telefone**	**E-mail**	**Parentesco**	**Data de Nascimento**	**% de Benefício**

Declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei, que as informações descritas nesta ficha são verdadeiras.

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

_____

Assinatura do Participante

DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

DADOS DO PARTICIPANTE (SEM ABREVIAÇÕES)

Nome	CPF

De acordo com a Lei 9.613, de março de 1998, e tendo em vista o artigo 52 da Convenção das Nações Unidas contra Corrupção, cujo cumprimento e execução no Brasil foram determinados pelo Decreto nº 5.687, de 31 de janeiro de 2006, é dever da MSD Prev questionar e obrigação de todo participante responder à seguinte pergunta: Você é pessoa politicamente exposta?

Pessoa politicamente exposta (PPE) é "o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil, ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo".

No Brasil, consideram-se pessoas politicamente expostas:

- Os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;
- Os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União;
- Os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;
- Os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;
- Os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;
- Os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Conta de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e
- Os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

Portanto, se você, seu representante, familiar ou pessoa do seu relacionamento próximo é ou foi pessoa politicamente exposta nos últimos cinco anos, de acordo com os critérios acima descritos, responda SIM à pergunta abaixo. Caso contrário, assinale NÃO.

Você é pessoa politicamente exposta? SIM ( ) NÃO ( )

Estou ciente de que deverei manter permanentemente atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso a situação de pessoa politicamente exposta seja modificada posteriormente.

1 Representante é qualquer pessoa que tenha poderes para responder em seu nome sobre quaisquer atos;
2 Familiares são parentes na linha direta, até o primeiro grau, o(a) cônjuge, o(a) companheiro(a), o(a) enteado(a);
3 Pessoa do seu relacionamento próximo é qualquer pessoa com quem você tenha relacionamento pessoal ou de negócios de quaisquer tipos.

Declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei, que as informações descritas nesta ficha são verdadeiras.

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

_____
Assinatura do Participante

Documentação Necessária para Requerer um Benefício de Aposentadoria:

- Requerimento de Benefício preenchido e assinado; (formulário)
- Declaração de Dependentes para Imposto de Renda preenchida e assinada; (formulário)
- Declaração de Pessoa Politicamente Exposta preenchida e assinada; (formulário)
- Declaração de Beneficiários preenchida e assinada; (formulário)
- Cópia do CPF e RG; (não precisa ser autenticada)
- Certidão de Casamento ou União Estável
- Requerimentos enviados sem a documentação completa não serão processados
- Documentos recebidos até dia 10 de cada mês serão incluídos na folha do próprio mês, após esta data os requerimentos serão incluídos no mês subsequente.