

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA POR TEMPO DE SERVIÇO (% SALDO - RENDA CERTA)

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE		
CPF:	Nome:	
Nº PESSOAL:	Telefone:	
E-mail:		
DADOS BANCÁRIOS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO		
Banco:	Agência:	Conta Corrente:
Importante! Sempre mantenha seu endereço, telefones e e-mail atualizados na Área do Participante em nosso site (https://www.vwpp.com.br).		
Caso tenha dependentes para fins de IR ou solicitação via procurador/curador/tutor, preencha o verso deste formulário.		
<i>Nos termos do regulamento do Plano de Aposentadoria venho por meio do presente requerer meu benefício abaixo assinalado:</i>		
☐	Renda Mensal Percentual do Saldo: Pagamento mensal de um percentual escolhido pelo participante sobre o saldo de conta Informe o percentual de retirada: _____ % (de 0,1 a 1,5% do saldo de conta, com apenas uma casa decimal)	
☐	Renda Certa em Reais: Pagamento de um valor fixo escolhido pelo participante no decorrer do ano Informe o valor de retirada: R\$ _____ (o valor deverá ser maior que 1 UVWPP e respeitar os limites de 0,1% a 1,5% do saldo de conta)	
Recebimento do Abono anual (13º salário) Caso esta opção fique em branco, o benefício será concedido sem o abono anual ☐ Sim (desejo receber o 13º salário) ☐ Não (não desejo receber o 13º salário)		
Nesta ocasião, solicito:		
☐	Saque à vista Possibilidade de solicitar o recebimento à vista de até 25% do saldo de conta. Será permitida a realização de até 5 saques durante o recebimento da renda desde que o percentual do saque, adicionado aos anteriores, não ultrapasse o limite de 25% Caso deseje realizar um saque à vista, selecione esta opção e informe o percentual abaixo: _____ % (limitado a 25%, em números inteiros)	
Relação de Documentos necessários para requerimento de benefício (cópia simples): ✓ Comprovante bancário (documento que conste o nome e os dados da conta do participante); ✓ Certidão PIS/PASEP (somente em caso de requerimento decorrente de Aposentadoria por Incapacidade)		

Estou ciente de que caso eu cumpra os requisitos de elegibilidade plena e meu saldo seja inferior a 200 UVWPP's, o benefício será pago em forma de pagamento único, independentemente dos dados preenchidos neste formulário.

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade e estou ciente que a forma de apuração e concessão de benefício está expressamente de acordo com o regulamento vigente na data em que faço este requerimento.

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Participante)

Atenção! Este documento deve ter reconhecimento de firma da assinatura do participante ou carimbo de recebimento do RH Local, exceto se assinado digitalmente via certificadora (docSign, Gov.br, e-cpf e etc).

Carimbo de recebimento do RH Local ou etiqueta de reconhecimento de firma

Carimbo de recebimento VWPP

TERMO DE OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO – IMPOSTO DE RENDA

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	
CPF:	Nome:
Nº Pessoal:	Telefone:
E-mail:	
Importante! Mantenha seu endereço, telefones e e-mail atualizados na Área do Participante em nosso site www.vwpp.com.br .	
OPÇÃO DE TRIBUTAÇÃO (LEI Nº 14.803/2024)	
Declaro que nesta data tomei conhecimento da Lei nº 14.803, de 10/01/2024, que faculta aos participantes inscritos em planos de benefícios de caráter previdenciário, estruturados nas modalidades de contribuição definida e contribuição variável pela opção por um dos Regime de Tributação de forma irrevogável* no momento da obtenção do benefício ou do primeiro resgate dos valores acumulados. De acordo com a legislação vigente, formalizo minha opção de tributação conforme abaixo: ☐ Optar pelo Regime Progressivo de tributação: O imposto recolhido na fonte, no caso de Resgate, será à alíquota fixa de 15%, a título de antecipação do IR devido na Declaração de Ajuste Anual. Benefícios de Aposentadoria seguem as tabelas progressivas mensais e anuais definidas pela Receita Federal periodicamente. ☐ Optar pelo Regime Regressivo de tributação: Resgates e Benefícios de Aposentadoria tributados na fonte, de forma definitiva, conforme alíquotas decrescentes de 35% a 10%, de acordo com o tempo de acumulação de cada contribuição. *A opção pelo regime de tributação não pode ser alterada futuramente.	

_____, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do Participante)

Atenção! Este documento deve ter reconhecimento de firma da assinatura do participante ou carimbo de recebimento do RH Local, exceto se assinado digitalmente via certificadora (docSign, Gov.br, e-cpf e etc).

Carimbo de recebimento do RH Local ou etiqueta de reconhecimento de firma

Carimbo de recebimento VWPP

INDICAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IR

Venho por meio deste indicar o(s) dependente(s) abaixo para fins de Imposto de Renda:

Dependente 1:

Nome do dependente:		CPF:
Parentesco:	☐ Normal ☐ Universitário ☐ Inválido	Nascimento: / /

Dependente 2:

Nome do dependente:		CPF:
Parentesco:	☐ Normal ☐ Universitário ☐ Inválido	Nascimento: / /

Dependente 3:

Nome do dependente:		CPF:
Parentesco:	☐ Normal ☐ Universitário ☐ Inválido	Nascimento: / /

Estou ciente que, caso possua mais de 3 (três) dependentes, deverei entrar em contato com a VWPP e informar a quantidade de dependentes para que seja possível providenciar o termo específico.

Estou ciente de que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade, bem como tenho o dever de manter os dados atualizados em caso de qualquer alteração.

Na hipótese de haver algum dependente indicado que seja menor de idade, ou seja, até 18 (dezoito) anos, declaro ser o seu responsável legal, nos termos da documentação apresentada à VWPP na ocasião da assinatura do presente Termo. Expresso de maneira livre, informada e inequívoca o consentimento para o tratamento dos dados pessoais descritos acima, pertencentes ao dependente citado. Por fim, concordo com a finalidade específica para a realização do tratamento, qual seja, o cumprimento de obrigações legais e regulatórias por parte da VWPP (atendimento das nossas obrigações dispostas em lei e/ou regulações de órgãos governamentais e de ordens ou requisições de autoridades fiscais, Poder Judiciário e/ou outra autoridade competente), em conformidade com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR / CURADOR / TUTOR		
Preenchimento necessário apenas se o benefício for solicitado através de procurador		
CPF:	Nome:	
Endereço Residencial:		Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	E-mail:	
DADOS BANCÁRIOS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO		
Banco:	Agência:	Conta Corrente:
Relação de Documentos necessários para requerimento de benefício por PROCURADOR/CURADOR/TUTOR: ✓ Cópia simples do comprovante bancário; ✓ Procuração ou Termo de Curatela; ✓ Cópia simples de RG e CPF do procurador/curador/tutor. Comprometo-me a comunicar à VWPP a revogação da procuração, curatela ou tutela, quando for o caso, ou a perda da condição de Beneficiário nos termos do Regulamento do Plano de Aposentadoria.		

Endereço para Correspondência:
Volkswagen Previdência Privada
Via Anchieta, km 23,5 – CPI 1284 – Demarchi
São do Bernardo do Campo – SP – CEP: 09823-901