

REQUERIMENTO PARA O PLANO DE PECÚLIO

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE			
Nome:		Nº Pessoal ou CPF:	
IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
Nome:			
Endereço Residencial:			
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone: ()	E-mail:		
DADOS BANCÁRIOS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO			
Banco:	Agência:	Conta Corrente:	
<p>Venho, por meio deste formulário, optar pelo:</p> <p><input type="checkbox"/> MORTE DO PARTICIPANTE Característica da Morte: _____ Natural _____ Acidental Motivo da Morte: _____ Data de Falecimento: _____</p> <p><input type="checkbox"/> AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE DO PARTICIPANTE Data de Falecimento: _____</p>			
<i>Observação:</i> Para cada benefício acima será necessário o preenchimento do formulário assinalando a devida opção.			
Relação de Documentos necessários para requerimento de benefício: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cópia simples do comprovante bancário (documento que conste o nome e os dados da conta do beneficiário); ✓ Cópia simples do RG e CPF do beneficiário; ✓ Cópia simples da certidão de óbito do participante; ✓ Boletim de Ocorrência em caso de morte acidental; ✓ Laudo Médico expedido pelo IML em caso de morte acidental. 			

_____, ____ de _____ de _____

Protocolo Recebimento RH Local	Protocolo Recebimento VWPP
Data Recebimento: ____/____/____	Data Recebimento: ____/____/____
Recebido por:	Recebido por:
Assinatura:	Assinatura:

(Assinatura do Beneficiário)

- OBS:**
- 1) Este documento deverá ter o reconhecimento de firma do empregado em cartório, exceto se preenchido na VWPP ou na área de recursos humanos da patrocinadora.
 - 2) O detalhamento de cada opção está descrita no verso deste formulário.

Morte do Participante

O benefício de Pecúlio por Morte de Participante será concedido ao Beneficiário Indicado do Participante que vier a falecer, observada a ordem de preferência e o percentual do valor do benefício, conforme o caso, determinado pelo Participante.

Em caso de morte de Participante causada naturalmente, segundo a própria lei da vida, o Pecúlio por Morte de Participante corresponderá:

I no caso de Participante Ativo ou Autopatrocinado, a 25 (vinte e cinco) vezes o Salário de Participação do mês da morte, observado o limite de 640 (seiscentos e quarenta) vezes o valor de 1 (uma) UVWPP;

II no caso de Participante Aposentado, a 5 (cinco) vezes o Salário de Participação do mês da morte, observado o limite de 128 (cento e vinte e oito) vezes o valor de 1 (uma) UVWPP.

Em caso de morte do Participante por Acidente Pessoal o Pecúlio por Morte de Participante corresponderá:

I no caso de Participante Ativo ou Autopatrocinado, a 50 (cinquenta) vezes o Salário de Participação do mês da morte, observado o limite de 1280 (mil duzentos e oitenta) vezes o valor de 1 (uma) UVWPP;

II no caso de Participante Aposentado, a 10 (dez) vezes o Salário de Participação do mês da morte, observado o limite de 256 (duzentos e cinquenta e seis) vezes o valor de 1 (uma) UVWPP.

Do valor do Pecúlio por Morte de Participante por Acidente Pessoal será deduzido o montante correspondente à aplicação do percentual pago ao Participante à título de Pecúlio por Invalidez Permanente Total por Doença ou por Acidente Pessoal ou Pecúlio por Invalidez Permanente Parcial por Acidente Pessoal sobre o valor do Pecúlio por Morte.

Declaro que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade e que 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.

Auxílio Funeral

O Auxílio-Funeral será devido em razão da morte do Participante Ativo ou de seu Cônjuge.

Em caso de morte do Participante Ativo o Auxílio-Funeral será pago aos Beneficiários Indicados, observado o disposto no item 3.7 e seus subitens, exceto o disposto no subitem 3.7.5 deste Regulamento.

Em caso de morte de Cônjuge do Participante Ativo o Auxílio-Funeral será pago somente ao Participante Ativo.

O valor do Auxílio-Funeral corresponderá a 7 (sete) UVWPP vigentes na data da morte do Participante Ativo ou de seu Cônjuge.

Declaro que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade e que 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.

Endereço para Correspondência:

Volkswagen Previdência Privada

Via Anchieta, km 23,5 – CPI 1284 – Demarchi

São do Bernardo do Campo – SP – CEP: 09823-901

OBS:

1) Este documento deverá ter o reconhecimento de firma do empregado em cartório, exceto se preenchido na VWPP ou na área de recursos humanos da patrocinadora.

2) O detalhamento de cada opção está descrita no verso deste formulário.