

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR/PLANO		MATRÍCULA Nº		CPF		
NOME						
E-MAIL			DATA DE NASCIMENTO		ESTADO CIVIL	
ENDEREÇO			NÚMERO	CEP	BAIRRO	
CIDADE		UF	TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE CELULAR	

De acordo com as regras do regulamento do meu plano de Previdência, solicito a suspensão temporária das minhas contribuições cancelando assim, os descontos relativos às contribuições para o plano pelo período abaixo especificado:

*PERÍODO DE _____ / _____ A _____ / _____
MÊS/ANO MÊS/ANO

*PERÍODO DE _____ / _____ A _____ / _____
MÊS/ANO MÊS/ANO

*PERÍODO DE _____ / _____ A _____ / _____
MÊS/ANO MÊS/ANO

*PERÍODO DE _____ / _____ A _____ / _____
MÊS/ANO MÊS/ANO

*PERÍODO DE _____ / _____ A _____ / _____
MÊS/ANO MÊS/ANO

*PERÍODO DE _____ / _____ A _____ / _____
MÊS/ANO MÊS/ANO

*PERÍODO DE _____ / _____ A _____ / _____
MÊS/ANO MÊS/ANO

*PERÍODO DE _____ / _____ A _____ / _____
MÊS/ANO MÊS/ANO

(*) Atentar-se ao período máximo de suspensão, conforme regulamento do seu plano.

Estou ciente que:

- ✓ Durante o período de suspensão a elegibilidade aos benefícios de risco também estará suspensa.
- ✓ A suspensão da minha contribuição afeta a acumulação dos meus recursos e que esta decisão refletirá no meu benefício futuro e também reduzirá o benefício fiscal a que tenho direito.
- ✓ Durante o período de suspensão a empresa também deixará de contribuir para a minha conta de aposentadoria e esta decisão refletirá no meu benefício futuro.
- ✓ Ao fim do período de suspensão a PREVISC passará a recolher novamente minhas contribuições mensais.

_____, de _____, de 20_____
LOCAL DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO PARTICIPANTE