PREVISC
PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO DO RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO MENSAL

É importante que todos os campos sejam preenchidos

_____ _____ _____
EMPREGADOR/PLANO **MATRÍCULA Nº** **CPF**

_____
NOME

De acordo com as regras estabelecidas no Regulamento do meu Plano de Previdência, solicito a suspensão temporária do recebimento do benefício de Aposentadoria.

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

Estou ciente que:

✓ Ao término do período de suspensão, a PREVISC retomará os pagamentos mensais do benefício de Aposentadoria.
✓ Os meses ou anos correspondentes ao período de suspensão não serão acumulados ou pagos posteriormente. Durante esse período, o pagamento do benefício permanecerá suspenso.
✓ O assistido poderá solicitar a retomada do recebimento do benefício a qualquer tempo, mediante o preenchimento e a assinatura do Requerimento de Reativação.

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

_____
ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).