

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

MÊS/ANO

A

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.

LOCAL

,

DIA

, de

MÊS

de 20

ANO

ASSINATURA DO PARTICIPANTE