

É importante que todos os campos sejam preenchidos

NOME CPF MATRÍCULA Nº

E-MAIL TELEFONE RESIDENCIAL TELEFONE CELULAR

Solicito a suspensão temporária das minhas contribuições, de acordo com as regras estabelecidas no Regulamento do meu Plano de Previdência, conforme período abaixo especificado:

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

(*) poderá optar em suspender as suas contribuições ao Plano por um período não superior a 2 (dois) anos consecutivos.

Estou ciente que:

- ✓ Durante o período de suspensão das contribuições as coberturas de risco que por ventura tenha contratado não estarão suspensas.
- ✓ 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.
- ✓ 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 OU REPRESENTANTE LEGAL

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).