



## OPÇÃO DE SUSPENSÃO

NOME DO PARTICIPANTE

Nº DE INSCRIÇÃO PREVIMINAS

PATROCINADORA / EMPRESA

Nº DE MATRÍCULA COPASA

**COPASA**

- AUXÍLIO DOENÇA** (PARTICIPANTE COM CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO)
- PARTICIPANTE EM ATIVIDADE NA COPASA
- PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO
- OUTRAS FORMAS DE SUSPENSÃO (VIDE REGULAMENTO)

### - AUXÍLIO DOENÇA - (PARTICIPANTE COM CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO)

Solicito a suspensão temporária das minhas contribuições normais para o Plano, ciente que estarei obrigado(a) das contribuições destinadas à administração e de risco do Plano, e que durante o período de suspensão, no caso de ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, eu ou meus beneficiários **TEREMOS** cobertura adicional do Saldo Projetado do Fundo Previdencial.

Obs.: Caso o participante retorne as atividades na empresa sem a comunicação prévia e formal à PREVIMINAS, sua Opção de Suspensão será automaticamente cancelada.

Percentual de Contribuição: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ por cento  
(Risco Projetado)

### - PARTICIPANTE EM ATIVIDADE NA COPASA

Com base no artigo 43, § 2º, do Regulamento Novo Plano Copasa, solicito a suspensão temporária, por no máximo 03(três) meses, das minhas contribuições normais para o Plano, ciente que estarei obrigado(a) das contribuições destinadas à administração do Plano e que durante o período de suspensão, no caso de ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, eu ou meus beneficiários **NÃO TEREMOS** cobertura adicional do Saldo Projetado do Fundo Previdencial.

### - PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO

Com base no artigo 43, § 3º, do Regulamento Novo Plano Copasa, solicito a suspensão temporária, por no máximo 24(vinte e quatro) meses, das minhas contribuições normais para o Plano, ciente que estarei obrigado (a) das contribuições destinadas à administração do Plano e que durante o período de suspensão, no caso de ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, eu ou meus beneficiários **NÃO TEREMOS** cobertura adicional do Saldo Projetado do Fundo Previdencial.

Período de suspensão: de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ até \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE