



## OPÇÃO DE SUSPENSÃO

NOME DO PARTICIPANTE

Nº DE INSCRIÇÃO PREVIMINAS

PATROCINADORA / EMPRESA

Nº DE MATRÍCULA COPASA

**COPASA**

PARTICIPANTE EM ATIVIDADE NA COPASA

PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO

### - PARTICIPANTE EM ATIVIDADE NA COPASA (Uma vez a cada ano)

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 (Uma vez a cada 48 meses consecutivos)

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