



SOLICITAÇÃO DE SUSPENSÃO

NOME DO TITULAR

MATRÍCULA PREVIMINAS

PATROCINADORA / EMPRESA

MATRÍCULA PATROC./EMPRESA

MOTIVO DA SUSPENSÃO:

PERDA DA REMUNERAÇÃO: _____

AUXÍLIO DOENÇA: _____

DESISTÊNCIA TEMPORÁRIA: _____ (Até 6 meses)

Período de Contribuição: ____/____/____ à ____/____/____

Na qualidade de participante do Plano Previdencial, solicito a suspensão do pagamento de minhas contribuições, conforme motivo acima descrito.

SUSPENSÃO A PARTIR DE ____/____/____ ATÉ ____/____/____.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

PERDA DA REMUNERAÇÃO: As contribuições do Participante ficarão suspensas nos casos em que houver a perda total da remuneração sem o término do vínculo empregatício, ressalvados os casos em que o Participante opte por manter o seu pagamento, mediante solicitação formal à FUNDAÇÃO.

AUXÍLIO DOENÇA: Será facultado ao Participante que se afastar por auxílio-doença suspender o pagamento de suas contribuições durante o período em que se encontrar em auxílio-doença.

DESISTÊNCIA TEMPORÁRIA: O Participante Ativo e o Autopatrocinado que já tiver contribuído para este Plano CD por, no mínimo, 12 (doze) meses consecutivos, poderá requerer a qualquer momento, a suspensão das suas contribuições por um período de até 6 (seis) meses, contados da data do requerimento da suspensão, desde que formulado por escrito e deferido pela FUNDAÇÃO.