

▶ **TERMO SUSPENSÃO COHABPREV**

Nome do Participante:

No DE INSCRIÇÃO Fundação LIBERTAS:

Patrocinadora / Empresa

Nº de Matrícula na COHAB:

**PARTICIPANTE EM ATIVIDADE**

**PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO**

• **PARTICIPANTE EM ATIVIDADE (Uma vez a cada ano)**

Com base no artigo 29 do Regulamento COHABPREV, solicito a suspensão temporária, por no máximo 06 (seis) 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 ou morte, eu ou meus beneficiários **NÃO TEREMOS** cobertura adicional do Saldo Projetado.

Período de suspensão de, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_. até, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Belo Horizonte, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante