

▶ **TERMO SUSPENSÃO COPASA (NOVO PLANO)**

Nome do Participante:

No DE INSCRIÇÃO Fundação LIBERTAS:

Patrocinadora / Empresa

Nº de Matrícula na 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, ___ de _____ de 20___. até, ___ de _____ de 20__.

Belo Horizonte, ___ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante