

▶ **OPÇÃO DE SUSPENSÃO PLANO CDPREV**

Nome do Participante:

Nº DE INSCRIÇÃO Fundação LIBERTAS:

Patrocinadora / Empresa

Matrícula:

AUXÍLIO DOENÇA (PARTICIPANTE COM CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO)

PARTICIPANTE EM ATIVIDADE NA FUNDAÇÃO LIBERTAS

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) a recolher as 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 Fundação LIBERTAS, sua Opção de Suspensão será automaticamente cancelada.

• **PARTICIPANTE EM ATIVIDADE NA FUNDAÇÃO LIBERTAS**

Com base no artigo 45, § 2º, do Regulamento CDPREV, solicito a suspensão temporária, por no máximo 03 (três) meses, das minhas contribuições normais para o Plano, ciente que estarei obrigado(a) a recolher as 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 45, § 3º, do Regulamento CDPREV, solicito a suspensão temporária, por no máximo 24 (vinte e quatro) meses, das minhas contribuições normais para o Plano, ciente que estarei obrigado(a) a recolher as 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