

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