

DADOS DO PARTICIPANTE DO PLANO

Nome: _____

CPF: _____ Nº da inscrição Previ Família: _____

Telefone: (____) _____ E-mail de contato: _____

Declaro, por meio deste formulário, que desejo:

() Suspender minha CONTRIBUIÇÃO BÁSICA para o Plano Previ Família por _____ mês(es)*.

() Reativar minha CONTRIBUIÇÃO BÁSICA para o Plano Previ Família.

Para tanto, declaro estar ciente quanto aos seguintes pontos:

Após o prazo da suspensão, o débito das contribuições básicas retornará automaticamente.

No período de suspensão das contribuições básicas a taxa de administração será cobrada normalmente, com base em tabela aprovada pelas instâncias competentes da Previ.

Declaro, por fim, ter conhecimento das condições estabelecidas no Regulamento do Plano Previ Família, ao tempo que assumo inteira responsabilidade pela opção acima assinalada e pelas informações acima prestadas.

Assinatura do proponente ou responsável pelo menor**

Local e data

*Máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ininterruptos ou não, no período de 60 (sessenta) meses.

**Abone a assinatura em uma agência do Banco do Brasil ou reconheça firma em cartório.