

Nome Completo do Participante (sem abreviações)**CPF****Órgão Patrocinador / SIGLA****Matrícula na Funpresp****E-mail 1****E-mail 2****Telefone Fixo****Telefone Celular****Telefone Trabalho**

Solicitação: Solicito a suspensão do pagamento da contribuição básica ou alternativa, conforme previsto no artigo 13, §§ 13 a 18, do Regulamento do Plano, declarando neste ato que:

Estou ciente de que após o período de suspensão por mim solicitado, a cobrança da contribuição básica ou alternativa será reativada automaticamente. Estou ciente de que as coberturas dos benefícios previstos nos incisos II e III do artigo 20 do Regulamento do plano serão suspensas até o fim do período de suspensão por mim requerido. Estou ciente de que somente poderei requerer uma nova suspensão após decorrido o prazo de 12 (doze) meses de tempo de filiação ao plano, contados da data da cessação do período de suspensão imediatamente anterior. Estou ciente de que o período de suspensão das contribuições não será utilizado para a contagem do tempo de filiação ao plano. Estou ciente de que o período de suspensão solicitado terá início a partir do 1º dia do mês subsequente ao do protocolo do meu requerimento na Funpresp-Exe.

Período de Suspensão (até 36 meses): _____ meses.

Manutenção da Parcela Adicional de Risco – PAR (preenchimento exclusivo aos participantes com PAR ativa):

Opto por **cancelar** a(s) cobertura(s) de Parcela Adicional de Risco – PAR vigente(s):

() invalidez () morte () ambas

Opto por **manter** a(s) cobertura(s) de Parcela Adicional de Risco – PAR vigente(s):

() invalidez () morte () ambas

Opto por efetuar a(s) contribuição(ões) de Parcela Adicional de Risco – PAR mantida(s), mediante:

- () continuidade do pagamento da PAR; ou
() desconto na reserva previdenciária

Local e data**Assinatura do participante**