

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

PARTICIPANTE: _____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ UF: _____ Nº CEP: _____
E-MAIL PESSOAL: _____ TELEFONE RES./CEL.: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTES MENORES DE 18 ANOS)

NOME DO REPRESENTANTE: _____
CPF DO REPRESENTANTE: _____
E-MAIL DO REPRESENTANTE: _____

SOLICITAÇÃO DE SUSPENSÃO DAS CONTRIBUIÇÕES DO PLANO:

[] CONTRIBUIÇÃO BÁSICA

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

POR ESTE TERMO, SOLICITO A SUSPENSÃO DAS CONTRIBUIÇÕES BÁSICA AO PLANO DE BENEFÍCIOS MAIS VISÃO PELO PERÍODO DE 36 (TRINTA E SEIS) MESES ININTERRUPTOS, QUE PODERÁ SER RENOVADO POR IGUAL PERÍODO, DESDE QUE SEJA REALIZADA AO MENOS 1 (UMA) CONTRIBUIÇÃO BÁSICA AO PLANO, NO VALOR MÍNIMO DE UMA URP¹, AO TÉRMINO DE CADA PERÍODO DE SUSPENSÃO. DECLARO ESTAR CIENTE QUE A INOBSERVÂNCIA DESTES REQUISITOS, PODERÁ IMPLICAR NO CANCELAMENTO DA MINHA INSCRIÇÃO AO PLANO, NOS TERMOS DO ART. 11, INCISO III DO RESPECTIVO REGULAMENTO.

ESTOU CIENTE TAMBÉM QUE DURANTE O PERÍODO DE SUSPENSÃO DAS CONTRIBUIÇÕES, COMPARTILHAREI O CUSTEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS DO PLANO, POR MEIO DE TAXA DE ADMINISTRAÇÃO DEFINIDA PELO ÓRGÃO ESTATUTÁRIO COMPETENTE DA ENTIDADE, BASEADA EM CRITÉRIOS UNIFORMES E NÃO DISCRIMINATÓRIOS E AMPLAMENTE DIVULGADOS AOS PARTICIPANTES E ASSISTIDOS POR MEIO DOS CANAIS DE COMUNICAÇÃO DA VISÃO PREV.

DECLARO AINDA, TER CIÊNCIA, QUE A CONTRIBUIÇÃO MÍNIMA PARA A RENOVAÇÃO DO PERÍODO DE SUSPENSÃO OU A RETOMADA DAS CONTRIBUIÇÕES MENSIS AO PLANO SOMENTE SERÃO POSSÍVEIS NOS MESES DE CAMPANHA DEFINIDOS PELA ENTIDADE, SENDO PROCESSADOS A PARTIR DO MÊS SUBSEQUENTE AO DA SOLICITAÇÃO.

¹URP significa Unidade de Referência Padrão, a qual foi criada para estabelecer os valores de contribuição ao Plano e que será atualizada anualmente, nos termos do Regulamento, de acordo com a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA ou outro Índice de Reajuste que venha substituí-lo.

_____, ____/____/____
LOCAL E DATA

ASSINATURA

VISÃO PREV SOCIEDADE DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

maisvisao.visaoprev.com.br | atendimento@visaoprev.com.br

Alameda Santos, 787 - Conjuntos 11 e 12 - Jardim Paulista - São Paulo - SP - CEP: 01419-001

11 5508.8000 (Capital e Regiões Metropolitanas de SP e ligações internacionais)

0800.771.7738 (Demais Localidades)

Termo de Suspensão das Contribuições Plano Mais Visão - FO-SE-16-07 - V1 - 10/11/2020 - USO EXTERNO - Classificação: Restrito