

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

NOME		MATRÍCULA	PATROCINADOR
CPF	E-MAIL	TELEFONE	TEL. CELULAR

Nota: O e-mail é o principal canal de comunicação da TELOS com você. Não deixe de preencher o campo do e-mail neste formulário e atualizar no seu cadastro da TELOS quando ocorrer alteração.

SITUAÇÃO

ATIVO AUTOPATROCINADO

REQUERIMENTO

O participante acima identificado requer a suspensão de suas Contribuições Normais e Adicionais a partir do mês subsequente ao do protocolo de recebimento deste documento na TELOS, pelo período a seguir especificado, não superior a 24 meses:

MESES

O requerimento tem a finalidade de solicitar a extensão de um prazo de suspensão solicitado anteriormente e que ainda está em vigor? Responda no campo abaixo com "S" (Sim) ou "N" (Não).

Nota: O requerimento para estender o prazo de suspensão deve ser feito antes do término do prazo originalmente estipulado, considerando que a soma dos períodos não pode ultrapassar o prazo de 24 (vinte e quatro) meses e que o início da contagem da extensão de prazo se dá após o término do prazo de suspensão originalmente estipulado.

Estou ciente de que a suspensão das minhas Contribuições Normais acarreta a interrupção automática das Contribuições Normais do Patrocinador e da contagem de tempo de contribuição para fins de qualquer benefício pelo mesmo período.

Outrossim, estou ciente de que, no caso de Participante Autopatrocinado, será devida a taxa de administração e a contribuição para o Saldo de Conta Projetada.

_____, ____/____/_____
LOCAL DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

ATENÇÃO: A presente suspensão poderá ser cancelada a qualquer tempo, devendo o interessado apresentar pedido formal à TELOS, no mês anterior ao do restabelecimento das contribuições, voltando a serem devidas as contribuições do Patrocinador, caso existam.

RESERVADO À TELOS

DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/____

INÍCIO DA SUSPENSÃO (mês/ano) ____/____.

Executante

INÍCIO DA REATIVAÇÃO (mês/ano) ____/____.

Executante