

## PEDIDO DE SUSPENSÃO DE PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÃO PARA A OABPREV-MG

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, associado(a) a este Fundo de Pensão sob a(s) matrícula(s) nº \_\_\_\_\_ venho pela presente requerer a suspensão de minha contribuição básica para a cobertura da aposentadoria programada por \_\_\_\_\_ meses, período \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Informo que desejo a manutenção da(s) cobertura(s) pertinente(s) ao(s) adicional(is) de risco(s) durante o período de suspensão da contribuição básica:

( ) Sim

( ) Não

Declaro expressamente que, caso haja a suspensão do pagamento das contribuições de risco, cessa toda a obrigação da entidade em caso de ocorrência de sinistro (invalidez e/ou morte) a partir desta data.

<b>Local / Data</b>	<b>Assinatura</b>

Observações:

\* Enviar uma cópia simples de qualquer documento do titular do plano. Exemplo: RG, CNH ou OAB.

\* Em caso de envio por e-mail, o formulário deverá ser assinado com certificado digital.

\* Este documento não deverá conter rasuras.