

TERMO DE SUSPENSÃO DE CONTRIBUIÇÃO PLANO DE APOSENTADORIA NESTLÉ- PAN

Nome: _____

Empregadora: _____ Matrícula Empresa (SAP): _____

CPF/MF: _____ Telefone/Celular: _____

E-mail pessoal (**obrigatório**): _____

Por este requerimento, formalizo a minha opção de suspender as contribuições conforme número de meses assinalado abaixo de acordo com o regulamento vigente do plano.

SUSPENSÃO DE CONTRIBUIÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 mês	<input type="checkbox"/> 7 meses
<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 8 meses
<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 9 meses
<input type="checkbox"/> 4 meses	<input type="checkbox"/> 10 meses
<input type="checkbox"/> 5 meses	<input type="checkbox"/> 11 meses
<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses

PRORROGAÇÃO DA SUSPENSÃO DE CONTRIBUIÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 mês	<input type="checkbox"/> 7 meses
<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 8 meses
<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 9 meses
<input type="checkbox"/> 4 meses	<input type="checkbox"/> 10 meses
<input type="checkbox"/> 5 meses	<input type="checkbox"/> 11 meses
<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses

Declaro que tenho conhecimento de que as contribuições serão reestabelecidas automaticamente, após o final do período de suspensão, de acordo com os últimos percentuais que se encontravam em vigor.

Caso a opção seja de 12 meses e deseje retomar as contribuições antes deste prazo, a solicitação deve ser feita em um formulário dedicado e será implementada pela FUNNEPP no prazo de até 60 dias.

Um novo período de suspensão (prorrogação da suspensão) estará disponível após 1 mês de contribuição.

A suspensão de contribuições não implicará a perda da condição de Participante, ficando, entretanto, automaticamente suspensas as contribuições de Patrocinadora.

Confirme com o seu RH local/FUNNEPP a data efetiva que ocorrerá a alteração solicitada.

REQUERIMENTO PARA SUSPENSÃO DE CONTRIBUIÇÃO DO PLANO APOSENTADORIA NESTLÉ- PAN

Empregadora: _____

Nome: _____

Matricula Empresa (SAP): _____

CPF/MF: _____

Local e Data: _____

Nome do responsável RH

Assinatura do participante

Assinatura do Responsável RH