

REATIVAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO (após 60 anos)

PLANO DE APOSENTADORIA SUPLEMENTAR

PREENCHA E ASSINE NO LOCAL INDICADO

1. CADASTRO DO PARTICIPANTE

NOME COMPLETO			CPF
PRONTUÁRIO	LOCAL DE TRABALHO	ÁREA	DEPARTAMENTO
TELEFONE (DDD)	CELULAR (DDD)	E-MAIL	

Reativar minha contribuição ao Plano de Aposentadoria Suplementar

Eu, empregado acima identificado, solicito restabelecer minha contribuição ao Plano de Aposentadoria Suplementar do PRhospers Previdência Rhodia, **com a mesma porcentagem vigente no mês anterior à suspensão.**

Estou ciente que as correspondentes contribuições da Patrocinadora cessaram a partir de 60 anos, e não serão mais efetuadas conforme estabelecido no Regulamento do Plano.

A solicitação de suspensão ou reativação recebida até dia 04 do mês, será processada dentro do próprio mês, após isso será processada para o mês subsequente.

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE
(igual ao documento CPF ou RG)

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO PRHOSPER

DATA: ____ / ____ / _____ VISTO: _____

▶ INSTRUÇÕES

- Enviar original para PRhospers Previdência Rhodia e uma cópia para o empregado.