

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE BENEFÍCIO
(Curatela)

Solicito considerar, para fins de elegibilidade aos Planos Médico e Odontológico IBM, a pessoa abaixo indicada, que possui um grau de dependência de filho(a) natural/enteado(a)/adotado(a), cuja curatela me foi designada ou designada ao meu(minha) cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a), atualmente designado(a) como meu(minha) beneficiário(a) para efeito dos referidos Planos, conforme cópia do despacho do Juiz em anexo

Estou ciente e concordo que os benefícios dos Planos em questão somente serão concedidos enquanto vigorar esta curatela e enquanto esta pessoa viver e residir sob minha dependência econômica, visto que a mesma não possui recursos materiais próprios suficientes para manter um Plano de Assistência Médica/Odontológica.

Fica sob minha responsabilidade comunicar imediatamente à Companhia, qualquer interrupção ou prorrogação do prazo da curatela.

Curatelado(a):

Data de Nascimento:/..../....

Nome completo da mãe:

CPF*:

Local e data:

Funcionário(a):

Matrícula: **Assinatura:**

* Obrigatório para dependentes a partir de 18 anos.

Este formulário deve ser anexado ao formulário de Inclusão/Exclusão de dependentes contido na Intranet.