

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE BENEFÍCIO
(Enteados)

Declaro, para fins de inscrição nos Planos Médico e Odontológico IBM, que o(a) menor abaixo mencionado(a), filho(a) de meu(minha) cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a), atualmente designado(a) como meu(minha) beneficiário(a) nos referidos Planos, vive e reside sob minha dependência econômica.

Informo, ainda, que meu(minha) cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a) detém legalmente a guarda de seu(sua) filhos, conforme cópia do despacho do Juiz da Vara de Família em anexo.

Concordo que os benefícios decorrentes destes Planos somente serão concedidos enquanto mantidas todas as condições acima, sendo que qualquer alteração nas mesmas deverá ser imediatamente comunicada à Companhia por mim.

Estão salvaguardados os critérios de elegibilidade dos filhos, conforme previsto nas diretrizes do plano.

Segue em anexo a cópia da certidão de nascimento do(a) dependente(a).

Enteado(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.