

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE BENEFÍCIO
(Filhos entre 19 e 23 anos incompletos)

Declaro, para fins de inscrição nos Planos Médico e Odontológico IBM, que meu(minha) filho(a), abaixo citado(a), é solteiro(a), estudante/inválido(a) e vive sob minha dependência econômica, não auferindo ganhos superiores a três salários mínimos em vigor, provenientes de trabalho remunerado com vínculo empregatício.

Comprometo-me a enviar anualmente todos os documentos necessários para a permanência do dependente abaixo citado no Plano Médico IBM até que ele complete 23 anos. Me comprometo, ainda, a apresentar comprovantes de frequência da escola/faculdade quando me for solicitado.

Nome:

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.