

**FORMULÁRIO DO PLANO MÉDICO - INCLUSÃO/EXCLUSÃO**

Nome da Empresa Proponente Principal -

IBM BRASIL INDÚSTRIA MÁQUINA E SERVIÇOS LTDA

Dados Cadastrais

Nome do Funcionário		
Matricula		
Quadro 1 - () Inclusão () Exclusão		
Nome do dependente		
Data de Nascimento / /	Sexo:	Grau de parentesco:
Nome Completo da mãe:		
CPF a partir de 18 anos:	Carteira Nacional de Saúde:	
Quadro 2 - () Inclusão () Exclusão		
Nome do dependente		
Data de Nascimento / /	Sexo:	Grau de parentesco:
Nome Completo da mãe:		
CPF a partir de 18 anos:	Carteira Nacional de Saúde:	
Quadro 3 - () Inclusão () Exclusão		
Nome do dependente		
Data de Nascimento / /	Sexo:	Grau de parentesco:
Nome Completo da mãe:		
CPF a partir de 18 anos:	Carteira Nacional de Saúde:	

Motivo da Exclusão:

Pelo presente, autorizo a inclusão/ exclusão, de meus dependentes elegíveis, no Plano Médico IBM, solicitando à Administradora do Plano Médico, através da IBM Brasil, a quem concedo o direito de agir, em meu nome, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas das condições gerais e particulares do referido Plano Médico, devendo todas as comunicações e/ou avisos inerentes ao Contrato serem encaminhadas diretamente a IBM Brasil, que para tal fim, fica investida dos poderes de representação. Declaro estar ciente, que caso não seja elegível ao Plano Médico na aposentadoria, que o meu direito de participação neste Plano Médico extinguir-se-á na data do término do meu vínculo empregatício com a IBM Brasil

Autorizo ainda a IBM Brasil a descontar do meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha participação na despesa para o Plano Médico, contratando com a Administradora do Plano Médico, agora e no futuro, de acordo com as normas e procedimentos que regem o citado Plano Médico, das quais me declaro ciente.

Estou ciente de que é de minha responsabilidade manter meus dados cadastrais e de meus dependentes atualizados junto à IBM Brasil e à Administradora do Plano de Saúde. Enviar esta declaração
para Operações de RH - MM31A

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

Matrícula Assinatura Funcionário

Assinatura IBM