

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE PLANO MÉDICO
(Manutenção de Ex-Cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a))

Em virtude de alteração do meu estado civil, declaro, de acordo com as condições estabelecidas para elegibilidade de ex-cônjuge como beneficiário(a) aos Planos Médico e Odontológico IBM, que desejo nomear meu(minha) ex-cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a), abaixo citado(a), como beneficiário(a) dos Planos acima.

Estou ciente de que não poderei nomear outra pessoa como meu(minha) beneficiário(a), a não ser em caso de falecimento do ex-cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(a) ou de novo casamento, que anula automaticamente a elegibilidade de qualquer nomeação anterior.

Segue em anexo a cópia de nossa separação judicial.

Ex-cônjuge/companheiro(a)/parceiro(a) doméstico(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.