



**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE BENEFICIO**  
(Tutela)

Solicito considerar, para fins de elegibilidade aos Planos Médico e Odontológico IBM, a criança abaixo indicada, cuja tutela me foi designada ou designada ao meu(minha) cônjuge/companheiro(a)/parceiro doméstico, 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 tutela 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 tutela.

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

**Tutelado(a):** .....

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

**Nome completo da mãe:** .....

**Local e data:** .....

**Funcionário(a):** .....

**Matrícula:** ..... **Assinatura:** .....