

IDB Group Retirement Plan DURABLE POWER OF ATTORNEY

I, _____ (Retiree's name), residing at:

_____ (Retiree's address), appoint:
_____ (Name of Attorney-in-fact), residing at:
_____ (Attorney-in-fact address),
_____ (Attorney-in-fact Email /Phone number) as
attorney-in-fact to act for me and in my name in any way that I could act in person with respect to the following matters
concerning the Retirement Plan of the IDB Group:

SELECT THE POWERS TO BE GRANTED WITH YOUR INITIALS

- _____ To request and receive information concerning my benefits under the Plan;
_____ To execute certificates of eligibility for my benefits under the Plan;
_____ To make arrangements for the deposit of my benefits in bank accounts in my name and/or on my behalf.

The powers granted hereunder expressly do not include the power to change the beneficiary or beneficiaries whom I have designated to receive benefits under the Plan.

This Power of Attorney shall be durable, in that it shall not be affected by my subsequent incapacity. Further, this power shall remain in effect unless revoked in writing by me.

WITNESSES

In WITNESS WHEREOF, I have executed this Durable Power of Attorney on the _____ day of _____.

Signed in the presence of 2 witnesses:

1. _____
Signature

Print Name

Participant's Signature

2. _____
Signature

Print Name

ATTESTATION

I, _____ certify that the above power of attorney was signed today by the Principal in my presence.

Date (MM/DD/YYYY): _____ Signature: _____ Title: _____

Official address: _____

Note: The attestation must be signed by any of the following if he/she is not a close relative of the recipient: magistrate, public notary or lawyer; in the Country Offices by the Representative or by the Resource Planning and Administrative Specialist; and in Headquarters by a Pension Partner of the Retirement Plans Secretariat

Yo, _____ (Nombre del Jubilado), residente en
_____ (Dirección del Jubilado), nombro a
_____ (Nombre del Apoderado), residente en
_____ (Dirección del Apoderado),
_____ (Correo Electrónico/Teléfono Apoderado)

con poderes para que actúe en mi nombre y representación, limitado a los siguientes asuntos concernientes al Plan de Jubilación del Grupo BID:

CON SUS INICIALES SELECCIONE EL PODER QUE OTORGA

- _____ Para solicitar y recibir información acerca de mis beneficios del Plan;
_____ Para ejecutar certificados de elegibilidad para mis beneficios del Plan;
_____ Para, en mi nombre y representación, efectuar depósito de mis beneficios en cuentas bancarias que figuran a mi nombre.

Los poderes otorgados en virtud de este documento expresamente excluyen el otorgamiento de poder para cambiar beneficiario o beneficiarios que yo haya designado para recibir beneficios del Plan.

Este Poder tiene carácter permanente, de tal forma que no quede sin efecto en el supuesto de que me sobreviniere incapacidad. Este Poder permanecerá en vigor mientras yo no lo revoque por escrito.

TESTIGOS

En testimonio de lo cual, he ejecutado este Poder en el día _____ del mes de _____ del año _____.
Firmado en presencia de 2 testigos:

1. _____
Firma

Nombre y apellido (letras de imprenta)

Firma del Otorgante

2. _____
Firma

Nombre y apellido (letras de imprenta)

CERTIFICACION

Yo, _____ certifico que el Poder arriba indicado fue firmado ante mí por el otorgante en el lugar y fecha indicados:

Fecha (DD/MM/AAAA): _____ Firma: _____ Título: _____

Dirección oficial: _____

Nota: La certificación debe estar firmada por cualquiera de los siguientes si él / ella no es un pariente cercano del destinatario: magistrado, notario público o abogado; en las Representaciones por el Representante o por el Especialista de Planificación y Administración de Recursos; y en la Sede por un Pension Partner de la Secretaría de los Planes de Pensiones.