



SOLICITUD DE SEGURO MEDICO PARA SOBREVIVIENTE
(Plan de Jubilación del Personal del Grupo BID)

Fecha (DD/MM/AAAA): _____

A: Sección de Seguros

DE: _____ No. de Retirado del Participante fallecido: _____
(Imprima Nombre y Apellido)

ASUNTO: Programa de Seguro Médico Colectivo por Viudez

Sírvase hacer las gestiones pertinentes ante la Secciones responsables del Banco, para que se cumplan mis siguientes instrucciones:

_____ Deseo continuar con el seguro médico del Grupo BID que mantenía a través de mi cónyuge.

_____ Tengo o tendré seguro MEDICARE efectivo _____: SI NO

No deseo continuar con el seguro médico que mantenía mi cónyuge en el Grupo BID.

Firma

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTE ESPACIO

Dedúzcase de la jubilación mensual el _____% siempre que no sea inferior a \$ _____ ni superior a \$ _____, por mes, a partir de _____ de _____ de 20_____.

Código: _____

Sección de Seguros

RTPL: _____



**INSURANCE COVERAGE REQUEST FOR SURVIVOR
(Staff Retirement Plan of the IDB Group)**

Date (MM/DD/YYYY): _____

TO: Insurance Section

FROM: _____ wSS No. of deceased participant _____
(Print Name and Last Name)

SUBJECT: Collective Medical Insurance Program for Widowhood

Please make the necessary arrangements before the IDB Group responsible sections, so that my following instructions are fulfilled:

_____ I want to continue with the IDB Group medical insurance that I had through my spouse

I have or will have insurance MEDICARE, effective _____: YES NO

I do not want to continue with the medical insurance that I had through my spouse in the IDB Group.

Signature

DO NOT WRITE BELOW THIS SPACE

Deduct from the monthly pension the % of _____ but no less than \$ _____ nor more than
\$ _____ per month, effective on the month of _____ 20_____.

Code: _____

Insurance Section

RTPL: _____