

Local Retirement Plans IDB Group
CERTIFICATE OF ELIGIBILITY FOR PENSION

COMPLETE AND RETURN IN THE ENCLOSED ENVELOPE TO RETIREMENT PLAN SECRETARIAT
1300 New York Avenue, N.W., STOP E0507 Washington DC, 20577

I, _____ (I.D.# _____), hereby state that my right to receive a pension and/or benefit under the Local Retirement Plan of the IDB Group continues in effect as follows:

- ☐ Retired pensioner
☐ Widow/er of pensioner
☐ Child of deceased participant (under 21 years of age)

Current Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Widow/er ☐ Divorced

Change in Marital Status since last Certification: ☐ No ☐ Yes Date of Change: _____
(Enclose legal documents)

Resident or citizen of: _____ National Identification # or U.S. Social Security # _____

Change of residence: ☐ No ☐ Yes, please note my new address

Address: _____
Street

City State Country

Telephone: _____ E-Mail: _____

I CERTIFY THAT ALL THE STATEMENTS CONTAINED HEREIN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE

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

IN CASE OF EMERGENCY CONTACT:

Name: _____ Relationship: _____

Telephone: _____ E-Mail: _____

ATTESTATION

I, _____ (print) certify that the above statement was signed today in my presence by the person named herein, who appeared before me.

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

My Commission Expires on: _____

Official Address or place of business: _____

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. In case the recipient is under the care of a medical doctor, such professional may sign the attestation attaching a medical certificate.

Plan de Jubilación del Personal Local Grupo BID

CERTIFICADO DE DERECHO A PENSION

COMPLETE Y DEVUELVA EN EL SOBRE ADJUNTO A LA SECRETARIA DE LOS PLANES DE JUBILACION
1300 New York Avenue, N.W., PARADA E0507 Washington, DC 20577

Yo, _____ (I.D.# _____), declaro que continúa vigente mi derecho a recibir una pensión y/o beneficio según el Plan de Jubilación del Personal Local del Grupo BID, en calidad de:

- ☐ Participante jubilado
☐ Viuda/o de un pensionado
☐ Hijo/a de fallecido (menor de 21 años)

Estado Civil Vigente: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a

Cambio de estado civil desde el último certificado: ☐ No ☐ Si Fecha de cambio: _____
(Adjuntar documentos legales)

Residente o ciudadano de: _____ No. de Identificación Nacional o No. Seguro Social de EE.UU.: _____

Cambio de residencia ☐ No ☐ Si, favor tomar nota de mi nueva dirección

Dirección: _____
Calle

Ciudad Estado País

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA INDICADA ES VERDADERA Y CORRECTA

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

CERTIFICADO

Yo, _____ (en imprenta), certifico que la declaración que antecede fue firmada ante mí por el declarante.

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

Mi Comisión Expira: _____

Domicilio legal o de negocios: _____

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. En caso de que el pensionado esté bajo el cuidado de un médico, dicho profesional puede autenticar esta certificación adjuntando un certificado médico.