



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

Fecha (DD/MM/AAAA): _____

A: Sección de Seguros

DE: _____
(Imprima Nombre y Apellido)

No. de Empleado: _____

ASUNTO: Programa de Seguro Médico para Empleados Locales, después de la jubilación

Tenga a bien cumplir los trámites pertinentes con las secciones competentes al Grupo BID, a fin de ajustar mi jubilación mensual conforme a lo siguiente:

_____ Deseo que mi seguro médico continúe a partir de mi jubilación del Banco, que será efectiva a partir desde el ____ de _____ de 20____.

_____ Como jubilado tengo o tendré seguro médico al amparo de un programa nacional: SI NO

No deseo seguro médico del Grupo BID después de mi jubilación.

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____.

Sección de Seguros



MEDICAL INSURANCE COVERAGE REQUEST FOR RETIREES
(Local Retirement Plan of the IDB Group)

Date (MM/DD/YYYY): _____

TO: Insurance Section

FROM: _____
(Print Name and Last Name)

Employee No. : _____

SUBJECT: Medical Insurance Program for Local Employees, after Retirement

Please take the appropriate steps with the responsible Sections of the IDB Group, in order that my monthly pension income benefits can be adjusted in accordance with the following:

___ I wish to continue with my medical insurance upon my Retirement from the Bank,
which will be effective _____ 20____.

I have or will have medical insurance coverage under a national insurance program during my retirement: YES NO

I do not wish to have Medical Insurance from the IDB Group after my retirement.

Signature

DO NOT WRITE BELOW THIS SPACE

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

Insurance Section