

IDB RETIREMENT PLANS | CERTIFICATE OF ELIGIBILITY FOR PENSION

COMPLETE AND RETURN TO THE EXECUTIVE SECRETARIAT OF THE IDB RETIREMENT PLANS

1300 NEW YORK AVENUE, N.W., STOP E0507 WASHINGTON DC, 20577, OR TO YOUR CORRESPONDING COUNTRY OFFICE

1	FULL NAME OF RETIREE/BENEFICIARY	RETIREE/BENEFICIARY ID
2	I HEREBY STATE THAT MY RIGHT TO RECEIVE A PENSION AND/OR BENEFIT IN ACCORDANCE WITH THE REGULATIONS OF THE IDB RETIREMENT PLANS CONTINUES IN EFFECT AS FOLLOWS: Retired Pensioner Widow/er of Pensioner Child of a Deceased Participant (Under 21 Years of Age) Other Payee	
3	CURRENT MARITAL STATUS Single Married Widow/er Divorced Change in Marital Status since last Certification: No Yes Date of Change (MM/DD/YYYY): (Adjuntar documentos legales)	
4	CURRENT IDENTIFICATION Citizenship: _____ Country of residence: _____	
5	CONTACT DETAILS Telephone: _____ Email: _____ Change of Address since last Certification: No Yes, If so, please note my new address: _____ _____ _____ _____ _____ City State Country Zip Code	
6	EMERGENCY CONTACT Name: _____ Relationship to the Retiree/Beneficiary: _____ Email: _____ Telephone: _____	

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

SIGNATURE OF RETIREE/BENEFICIARY: 	DATE (MM/DD/YYYY):
---	--

SECTION BELOW TO BE COMPLETED BY NOTARY OR ATTESTATOR

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: My Commission Expires on: _____ SEAL: Official Address or place of business: _____ Note: The attestation must be signed by any of the following unrelated person to the participant: magistrate, public notary or lawyer; in the Country Offices, by the Representative or by the Resource Planning and Administrative Specialist (RPAS); and in the Headquarters, by a Pension Officer, or a Member of the Front Office of the Executive Secretariat of the IDB Retirement Plans. In case the recipient is under the care of a medical doctor, such professional may sign the attestation attaching a medical certificate.	
---	--



PLANES DE JUBILACIÓN DEL PERSONAL DEL BID | CERTIFICADO DE DERECHO A PENSIÓN

COMPLETE Y DEVUELVA LA SECRETARÍA EJECUTIVA DE LOS PLANES DE JUBILACIÓN DEL BID

1300 NEW YORK AVENUE, N.W., PARADA E0507 WASHINGTON, DC 20577 O A SU OFICINA DE PAÍS CORRESPONDIENTE

1	NOMBRE COMPLETO DEL RETIRADO/BENEFICIARIO	NÚMERO DE RETIRADO/BENEFICIARIO
2	YO DECLARO QUE CONTINÚA VIGENTE MI DERECHO A RECIBIR UNA PENSIÓN Y/O BENEFICIO SEGÚN LAS REGULACIONES DE LOS PLANES DE JUBILACIÓN DEL GRUPO BID, EN CALIDAD DE: Participante Retirado Viuda/o de un Retirado Hijo/a de Fallecido (menor de 21 años) Otro Beneficiario	
3	ESTADO CIVIL VIGENTE: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Cambio de Estado Civil desde el último certificado: No Sí, fecha de cambio (DD/MM/AAAA): (Adjuntar documentos legales)	
4	IDENTIFICACIÓN ACTUAL: Ciudadanía: _____ País de Residencia: _____	
5	INFORMACIÓN PERSONAL Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Cambio de residencia desde el ultimo certificado: No Sí, favor tomar nota de mi nueva dirección: _____ Calle _____ _____ Ciudad Estado/Provincia País Código Postal	
6	CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre: _____ Parentesco con el Jubilado/Beneficiario: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____	

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA INDICADA ES VERDADERA Y CORRECTA

FIRMA DEL RETIRADO/BENEFICIARIO:

FECHA: (DD/MM/AAAA)

SECCIÓN A CONTINUACIÓN PARA SER COMPLETADA POR NOTARIO

CERTIFICADO

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

FECHA: (DD/MM/AAAA)

FIRMA

Mi Comisión Expira:

SELLO

Domicilio legal o de negocios:

NOTA: La certificación debe estar firmada por cualquiera de las siguientes personas que no sean parientes cercanos del participante: magistrado, notario público o abogado; en las Representaciones Locales, por el Representante o por el Especialista de Planificación y Administración de Recursos (EPAR); y en la Sede Principal, por un Oficial de Pensiones, o un personal del Equipo de Coordinación de la Secretaría Ejecutiva de los Planes de Jubilación del BID. En caso de que el pensionado esté bajo el cuidado de un médico, dicho profesional puede autenticar esta certificación adjuntando un certificado médico.