

Yo, _____ (Nombre del Participante),
residente en _____ (Dirección del Participante),
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
los Planes de Jubilación del Grupo BID:

CON SUS INICIALES SELECCIONE EL PODER QUE OTORGA

- _____ (Iniciales) Para solicitar y recibir información acerca de mis beneficios bajo el Plan de Pensiones,
reembolso de impuestos, seguro médico y de vida;
- _____ (Iniciales) Para ejecutar certificados de elegibilidad para mis beneficios del Plan;
- _____ (Iniciales) 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.

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

Firma del Participante

Número de Empleado/Jubilado

TESTIGOS

1. _____
Firma

Nombre y apellido (imprenta)

2. _____
Firma

Nombre y apellido (imprenta)

CERTIFICACIÓN

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

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

Dirección oficial: _____

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, por el Representante o por el Especialista de Planificación y
Administración de Recursos (EPAR); y en la Sede, por un Oficial de Pensiones de la Secretaría Ejecutiva de los Planes de
Jubilación del Grupo BID.

I, _____ (Participant's name),
residing at _____ (Participant'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 POWERSTOBE GRANTED WITH YOUR INITIALS

- _____ (Initials) To request and receive information concerning my benefits under the Pension Plan, tax reimbursement, medical and life insurance;
- _____ (Initials) To execute certificates of eligibility for my benefits under the Plan;
- _____ (Initials) To make arrangements for the deposit of my benefits in bank accounts in my name and/or my behalf.

The powers granted here under 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.

In WITNESS WHEREOF, I have executed this Durable Power of Attorney on the _____ day of _____, 20 _____. Signed in the presence of 2 witnesses:

Participant's Signature

Employee/Retiree ID

WITNESSES

1. _____
Signature

Print Name

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 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 of the Executive Secretariat of the IDB Group Retirement Plans.