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

Nombre Completo del Participante:	No. De Empleado:

☐ Deseo que mi seguro médico continúe a partir de mi jubilación del Grupo BID, que será efectiva desde el ____de_____ de 20_____.

☐ Deseo como jubilado asegurar a mis dependientes elegibles: ☐ Cónyuge ☐ Madre/Padre Dependiente (*) ☐ Hijos Dependientes

(*Nota: Solo puede auspiciar a un padre/madre que tuvo cobertura del Seguro Médico 60 meses continuos previos a su jubilación)

☐ No deseo que mi seguro médico del Grupo BID continúe vigente después de mi jubilación.

NOTA: Las normas del Programa de Seguro Médico del Grupo BID exigen que aquellos jubilados y/o sus dependientes elegibles que residan en los Estados Unidos, se inscriban en Medicare Parte B antes de cumplir 65 años. Para ello, el periodo inicial para inscribirse de acuerdo con las reglas de Medicare, comprende desde tres meses antes de cumplir 65 años, hasta tres meses posteriores a esa fecha. **Tome en cuenta que las primas aumentan 10 por ciento por cada periodo de 12 meses en el cual usted era elegible, pero no se inscribió en Medicare Parte B.** Si usted no recibe ninguna comunicación antes de cumplir 65 años relacionada con la inscripción en este programa, deberá comunicarse con Medicare al 1-800- MEDICARE para hacer una cita e informarse de los descuentos que se requieren para este trámite.

La participación en la Parte B de Medicare es obligatoria. **Si usted es elegible y no se inscribiera en Medicare Parte B, el plan del BID pagaría solamente el 20% de los costos razonables y acostumbrados.** Como resultado, usted tendría que pagar una porción mayor de sus gastos médicos bajo Medicare Parte B. Para más información, favor lea la guía del Seguro médico o comuníquese con la Sección de Seguros del Banco.

Certifico mi elección o mi renuncia al seguro médico. He leído el Reglamento del Programa de Seguro Médico del Grupo BID y entiendo mis derechos y obligaciones.

_____ Firma

_____ Fecha (DD/MM/AAAA)

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTE ESPACIO

Dedúzcase de la jubilación mensual $ _____, por mes, a partir de_____ de _____de 20_____.

Código: _____

RTPL: _____

_____ Fecha (DD/MM/AAAA)

_____ Sección de Seguros

IDB Inter-American Development Bank

IDB Invest

INSURANCE COVERAGE REQUEST FOR RETIREES
(IDB Group Staff Retirement Plan)

Full Name of Participant:	Employee No.:

☐ I wish to continue with my medical Insurance upon my Retirement from the IDB Group, which will be effective the 1st day of_____ 20_____.

☐ I wish to insure my eligible dependents: ☐ Spouse ☐ Dependent Parent (*) ☐ Dependent Children

(*Note: Only a parent that had Medical Insurance coverage 60 continuous months prior to your retirement are eligible for sponsorship).

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

NOTE: The rules of IDBG Medical Insurance Program require that retirees and their eligible dependents that reside in the United States be enrolled in Medicare Part B at age 65. The initial enrollment period begins, in accordance with Medicare rules, three months prior to your 65th birthday, and ends three months after. **Be aware that premiums increase 10 percent for each 12-month period in which you were eligible for, but did not enroll in Medicare Part B.** If you have not been advised about the enrollment process prior to your 65th birthday, you will need to call Medicare at 1-800-MEDICARE to schedule an appointment and to be informed of any documents required for this purpose.

Participation in Medicare Part B is mandatory. **Failure to enroll in Medicare Part B, if you are eligible, will result in the IDB plan paying only 20% of the reasonable and customary costs.** This will result in your paying a significant portion of your medical expenses under Medicare Part B. For further information, please consult the Insurance Handbook or contact the Bank's Insurance Section

I certify my election or declination of medical insurance. I have read the regulations of the IDBG Medical Insurance Program, and I understand my rights and responsibilities.

_____ Signature

_____ Date (MM/DD/YYYY)

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Deduct from pension $ _____, per month, effective on the month of_____20_____.

Code: _____

RTPL: _____

_____ Date (MM/DD/YYYY)

_____ Insurance Section