

PROGRAMA DE SEGURO DE VIDA PARA JUBILADOS AUTORIZACION PARA PAGO DE BENEFICIO

Yo, _____ por este medio autorizo al Grupo BID hacer un depósito en la cuenta que se indica abajo como beneficiario del Programa de Seguro de Vida para Jubilados de: _____
(Nombre de la persona Fallecida)

Se solicita que el pago se efectúe en la forma siguiente:

Ahorros

Corriente

Nombre del Banco: _____

No. de "ABA": _____

No. de Cuenta: _____

Dirección Completa del Banco: _____

En el caso de bancos fuera de Estados Unidos, favor solicitar instrucciones correspondientes.

Firma

Fecha (DD/MM/AAAA)

No. De Identificación Nacional o No. de Seguro Social de E.E.U.U. (Si aplica) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Dirección Correo Electrónico: _____

Nota: Si es una cuenta corriente, sírvase acompañar un cheque anulado de esa cuenta.



RETIREE LIFE INSURANCE PROGRAM AUTHORIZATION FOR PAYMENT OF BENEFIT

I, _____ hereby authorize the IDB Group to make a deposit into the account indicated below, as a beneficiary of the Life Insurance Program for Retirees of: _____.
(Name of the Deceased person)

I request that the payment be made as follows:

Savings account

Checking account

Name of the Bank: _____

ABA No.: _____

Account No.: _____

Address of the Bank: _____

In the case of banks outside the United States, please request corresponding instructions

Signature

Date (MM/DD/YYYY)

National ID Number or U.S. Social Security No.: (If applies) _____

Address: _____

Telephone: _____ E-mail address: _____

Note: If it is a checking account, please attach a voided check.