



**DESIGNATION OF BENEFICIARY IN CASE OF NON-SURVIVAL OF QUALIFIED SPOUSE**  
(Local Retirement Plan of the IDB Group)

Full Name of Participant:	Date of Birth: (MM/DD/YYYY)	Civil Status:	Gender:	Employee No.:
---------------------------	-----------------------------	---------------	---------	---------------

Revoking any prior designation, if any, for the case in which my spouse does not survive me, or which, under the Local Retirement Plan of the IDB Group, my spouse ceases to qualify for a pension, or dies before his/her pension rights extinguish under the Section 4.5 (f) of the Plan, I designate the following beneficiary or beneficiaries:

(Indicate the full name of the beneficiary (ies), relationship to the participant, if any, date of birth, Social Security number, contact information and manner of sharing if more than one beneficiary.)


By reason of my death, my beneficiary or beneficiaries will receive the amounts to be paid to them, when they become payable in accordance with Section 4.5 (f) of the Plan and consistent. Any pension or basic allowance for children that are payable pursuant to Section 4.5 (d) of the Plan, or any other payment method expressly provided in the Plan shall not be applied.

I hereby authorize the Bank, in the event of my death; to make payment of the amounts referred above to the designated beneficiary or beneficiaries. And in my own behalf and on behalf of my heirs, administrators, representatives, and any other person with rights received from me or through me, agrees that the payment of such amounts to the beneficiary or beneficiaries, because of its effectuation and even the amount, releases and discharges the Bank and Retirement Fund of all liability associated with my demise.

If any of the persons designated as my beneficiary herein, die when they were due the amounts referred to above, and is not appointed other beneficiaries to receive their part, shall be paid to my estate the total of these amount or portion that has no beneficiary. I reserve the right to modify or revoke the designation above.

**Note:** The attestation must be signed by any of the following if he/she is not a close relative of the recipient: magistrate, public notary or lawyer; in the Country Offices by the Representative or by the Resource Planning and Administrative Specialist; and in Headquarters by a Pension Partner of the Retirement Plans Secretariat.

Dated at _____ on the _____ day of _____ 20____  Signed : _____	<b>Witnesses' Signature:</b>	
	_____ Print Name and Last Name	_____ Address
	_____ Print Name and Last Name	_____ Address



**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS EN CASO DE CONYUGE CALIFICADO NO SOBREVIVIENTE**  
(Plan de Jubilación de Personal Local del Grupo BID)

Nombre Completo del Participante:	Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AAAA)	Estado Civil:	Género:	No. De Empleado:
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------	---------	------------------

Revocando cualquier designación previa, si corresponde, para el caso en que mi cónyuge no me sobreviva o que, conforme al Plan de Jubilación del Personal Local del Grupo BID, mi cónyuge deje de calificar para una pensión, o muera antes de que sus derechos de pensión se extingan según la Sección 4.5 (f) del Plan, designo al siguiente beneficiario o beneficiarios:

(Indique el nombre completo del beneficiario o beneficiarios, relación con el participante, si corresponde, fecha de nacimiento, número de seguro social, información de contacto y distribución del beneficio si hay más de un beneficiario).


Debido a mi fallecimiento, mi beneficiario o beneficiarios recibirán los montos que se les pagarán, cuando sean pagaderos de acuerdo con la Sección 4.5 (f) del Plan. No se aplicará ninguna pensión o asignación básica para niños pagadera de conformidad con la Sección 4.5 (d) del Plan, o cualquier otro método de pago expresamente provisto en el Plan.

Autorizo al Banco, en caso de mi muerte; hacer el pago de los montos referidos con anterioridad al beneficiario o beneficiarios designados. Y en mi nombre y en nombre de mis herederos, administradores, representantes y cualquier otra persona con derechos recibidos de mí o a través de mí, acuerda que el pago de dichos montos al beneficiario o beneficiarios, debido a su efecto e incluso a la cantidad, libera y descarga al Banco y al Fondo de Jubilación de toda responsabilidad asociada con mi fallecimiento.

Si alguna de las personas designadas como mi beneficiario en este documento, muere cuando se venzan los montos referidos anteriormente, y no se designa a otros beneficiarios para recibir su parte, se le pagará a mi patrimonio el total de esta cantidad o porción que no tiene beneficiario. Me reservo el derecho de modificar o revocar la designación anterior.

**Nota:** La certificación debe estar firmada por cualquiera de los siguientes si él / ella no es un pariente cercano del destinatario: magistrado, notario público o abogado; en las Representaciones por el Representante o por el Especialista de Planificación y Administración de Recursos; y en la Sede por un Pension Partner de la Secretaría de los Planes de Pensiones.

Fechado en _____ el día _____ of _____ 20_____  Firmado : _____	<b>Testigos:</b>  <table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td align="center">Nombre y Apellido</td> <td align="center">Dirección</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td align="center">Nombre y Apellido</td> <td align="center">Dirección</td> </tr> </table>	_____	_____	Nombre y Apellido	Dirección	_____	_____	Nombre y Apellido	Dirección
_____	_____								
Nombre y Apellido	Dirección								
_____	_____								
Nombre y Apellido	Dirección								