



IDB RETIREMENT PLANS | RETIREE LIFE INSURANCE PROGRAM DESIGNATION OF BENEFICIARY CARD

PARTICIPANT'S FULL NAME _____	BIRTHDATE (MM/DD/YYYY) _ _ _ _ _ _ _ _	EMPLOYEE/RETIREE ID _____
PERMANENT ADDRESS _____		
CITY _____	COUNTRY _____	ZIPCODE _____

DESIGNATION OF BENEFICIARIES

Indicate the full name of the beneficiary(ies), Social Security number or local ID number, contact information (email/telephone number) and the percentage of sharing if more than one beneficiary. If you designate only one primary beneficiary, please make sure to designate at least one secondary beneficiary.

PRIMARY BENEFICIARY(IES)

NAME	RELATIONSHIP	SSN OR LOCAL ID	EMAIL	PERCENT OF DISTRUBUTION
_____	_____	_____	TELEPHONE _____	_____
NAME	RELATIONSHIP	SSN OR LOCAL ID	EMAIL	PERCENT OF DISTRUBUTION
_____	_____	_____	TELEPHONE _____	_____
NAME	RELATIONSHIP	SSN OR LOCAL ID	EMAIL	PERCENT OF DISTRUBUTION
_____	_____	_____	TELEPHONE _____	_____
NAME	RELATIONSHIP	SSN OR LOCAL ID	EMAIL	PERCENT OF DISTRUBUTION
_____	_____	_____	TELEPHONE _____	_____

SECONDARY BENEFICIARY(IES)

NAME	RELATIONSHIP	SSN OR LOCAL ID	EMAIL	PERCENT OF DISTRUBUTION
_____	_____	_____	TELEPHONE _____	_____
NAME	RELATIONSHIP	SSN OR LOCAL ID	EMAIL	PERCENT OF DISTRUBUTION
_____	_____	_____	TELEPHONE _____	_____
NAME	RELATIONSHIP	SSN OR LOCAL ID	EMAIL	PERCENT OF DISTRUBUTION
_____	_____	_____	TELEPHONE _____	_____
NAME	RELATIONSHIP	SSN OR LOCAL ID	EMAIL	PERCENT OF DISTRUBUTION
_____	_____	_____	TELEPHONE _____	_____

Dated on the _____ of _____ 20_____.

PARTICIPANT'S SIGNATURE:

WITNESSES	
NAME AND LAST NAME	NAME AND LAST NAME
_____	_____
ADDRESS	ADDRESS
_____	_____
SIGNATURE	SIGNATURE
_____	_____

Note: The witness section must be signed by two unrelated persons to the participant that are not designated beneficiaries.

PLANES DE JUBILACIÓN DEL BID | PROGRAMA DE SEGURO DE VIDA PARA JUBILADOS | TARJETA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) _ _ _ _ _ _ _ _ _	NÚM. DE EMPLEADO/JUBILADO _____
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE _____		
CIUDAD _____	PAÍS _____	CÓDIGO POSTAL _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Indique el nombre completo del beneficiario(s), número de seguro social o identificación local, información de contacto (correo electrónico/número de teléfono) y porcentaje de distribución del beneficio si hay más de un beneficiario. Si designa solo un beneficiario primario, por favor designe al menos un beneficiario secundario.

BENEFICIARIO(S) PRIMARIO(S)

NOMBRE	PARENTESCO	SSN O ID LOCAL	EMAIL	%DE DISTRIBUCION
_____	_____	_____	_____ TELÉFONO _____	_____
_____	_____	_____	_____ TELÉFONO _____	_____
_____	_____	_____	_____ TELÉFONO _____	_____
_____	_____	_____	_____ TELÉFONO _____	_____

BENEFICIARIO(S) SECUNDARIO(S)

NOMBRE	PARENTESCO	SSN O ID LOCAL	EMAIL	%DE DISTRIBUCION
_____	_____	_____	_____ TELÉFONO _____	_____
_____	_____	_____	_____ TELÉFONO _____	_____
_____	_____	_____	_____ TELÉFONO _____	_____
_____	_____	_____	_____ TELÉFONO _____	_____

Firmado el día _____ del mes _____ de 20 _____.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

TESTIGOS

NOMBRE Y APELLIDO

DIRECCIÓN

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDO

DIRECCIÓN

FIRMA

Nota: La sección de testigos debe estar firmada por dos personas que no sean parientes cercanos del participante ni beneficiarios designados.