

## IDB RETIREMENT PLANS | DURABLE POWER OF ATTORNEY

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 benefits of the IDB:

**SELECT THE POWERS TO BE GRANTED WITH YOUR INITIALS**

- \_\_\_\_\_ (Initials) To request and receive information concerning my benefits under the applicable retirement, tax reimbursement, medical and life insurance plans;
- \_\_\_\_\_ (Initials) To execute certificates of eligibility for my benefits under the retirement plan;
- \_\_\_\_\_ (Initials) To make arrangements and submit forms and claims for the deposit of my benefits under the above-mentioned plans in bank accounts in my name and on my behalf.

The powers granted hereunder expressly do not include the power to change the beneficiary or beneficiaries whom I have designated to receive benefits under the above-mentioned plans.

This Durable Power of Attorney shall be durable, in that it shall not be affected by my subsequent incapacity. Further, this Durable Power of Attorney shall remain in effect unless revoked in writing by me and I will be liable for all actions of my attorney-in-fact carried out on my behalf pursuant to this Durable Power of Attorney.

In WITNESS WHEREOF, I have executed this Durable Power of Attorney Dated at on the \_\_\_\_\_ day of the month of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_. Signed in the presence of 2 witnesses that are not beneficiaries or the the Attorney-in-fact:

**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 Retirement Plans.

## PLANES DE JUBILACIÓN DEL BID | OTORGAMIENTO DE PODER

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 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 la presentación de formularios para el depósito de mis beneficios arriba mencionados 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 y seré responsable de todas las acciones que se realicen en mi nombre por parte de mi apoderado de conformidad con este Poder.

En testimonio de lo cual, he ejecutado este Poder en el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_. Firmado en presencia de 2 testigos que no sean beneficiarios designados ni el Apoderado:

**FIRMA DEL PARTICIPANTE:**

**NÚMERO DE EMPLEADO/JUBILADO:**

#### TESTIGOS

**1** FIRMA:

NOMBRE Y APELLIDO:

**2** FIRMA:

NOMBRE Y APELLIDO:

#### CERTIFICACIÓN

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

**FECHA (DD/MM/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 BID.