



IDB RETIREMENT PLANS | CERTIFICATE OF ELIGIBILITY FOR PENSION

COMPLETE AND RETURN TO THE EXECUTIVE SECRETARIAT OF THE IDB RETIREMENT PLANS

1300 NEW YORK AVENUE, N.W., STOP E0507 WASHINGTON DC, 20577, OR TO YOUR CORRESPONDENT COUNTRY

1	FULL NAME OF RETIREE/BENEFICIARY	RETIREE/BENEFICIARY ID								
2	I HEREBY STATE THAT MY RIGHT TO RECEIVE A PENSION AND/OR BENEFIT IN ACCORDANCE WITH THE REGULATIONS OF THE IDB RETIREMENT PLANS CONTINUES IN EFFECT AS FOLLOWS: <input type="checkbox"/> Retired Pensioner <input type="checkbox"/> Widow/er of Pensioner <input type="checkbox"/> Child of a Deceased Participant (Under 21 Years of Age) <input type="checkbox"/> Other Payee									
3	CURRENT MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widow/er <input type="checkbox"/> Divorced Change in Marital Status since last Certification: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date of Change (MM/DD/YYYY): <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (Adjuntar documentos legales)									
4	CURRENT IDENTIFICATION Citizenship: _____ Country of residence: _____									
5	CONTACT DETAILS Telephone: _____ Email: _____ Change of Address since last Certification: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, If so, please note my new address: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> _____ _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> City State Country Zip Code </div>									
6	EMERGENCY CONTACT Name: _____ Relationship to the Retiree/Beneficiary: _____ Email: _____ Telephone: _____									

I CERTIFY THAT ALL THE STATEMENTS CONTAINED HEREIN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

SIGNATURE OF RETIREE/BENEFICIARY:	DATE (MM/DD/YYYY):								
.....	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

SECTION BELOW TO BE COMPLETED BY NOTARY OR ATTESTATOR

ATTESTATION									
I, _____ (print) certify that the above statement was signed today in my presence by the person named herein, who appeared before me.									
DATE (MM/DD/YYYY):	SIGNATURE:								
<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
My Commission Expires on: _____	SEAL: _____								
Official Address or place of business: _____									
<small>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, or a Member of the Front Office of the Executive Secretariat of the IDB Retirement Plans. In case the recipient is under the care of a medical doctor, such professional may sign the attestation attaching a medical certificate.</small>									

PLANES DE JUBILACIÓN DEL PERSONAL DEL BID | CERTIFICADO DE DERECHO A PENSIÓN

COMPLETE Y DEVUELVA LA SECRETARÍA EJECUTIVA DE LOS PLANES DE JUBILACIÓN DEL BID

1300 NEW YORK AVENUE, N.W., PARADA E0507 WASHINGTON, DC 20577 O A SU OFICINA DE PAÍS CORRESPONDIENTE

1	NOMBRE COMPLETO DEL RETIRADO/BENEFICIARIO	NÚMERO DE RETIRADO/BENEFICIARIO
2	YO DECLARO QUE CONTINÚA VIGENTE MI DERECHO A RECIBIR UNA PENSIÓN Y/O BENEFICIO SEGÚN LAS REGULACIONES DE LOS PLANES DE JUBILACIÓN DEL GRUPO BID, EN CALIDAD DE: Participante Retirado Viuda/o de un Retirado Hijo/a de Fallecido (menor de 21 años) Otro Beneficiario	
3	ESTADO CIVIL VIGENTE: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Cambio de Estado Civil desde el último certificado: No Sí, fecha de cambio (DD/MM/AAAA): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Adjuntar documentos legales)	
4	IDENTIFICACIÓN ACTUAL: Ciudadanía: _____ País de Residencia: _____	
5	INFORMACIÓN PERSONAL Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Cambio de residencia desde el último certificado: No Sí, favor tomar nota de mi nueva dirección: _____ Calle _____ Ciudad Estado/Provincia País Código Postal	
6	CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre: _____ Parentesco con el Jubilado/Beneficiario: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____	

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA INDICADA ES VERDADERA Y CORRECTA

FIRMA DEL RETIRADO/BENEFICIARIO: _____	FECHA: (DD/MM/AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

SECCIÓN A CONTINUACIÓN PARA SER COMPLETADA POR NOTARIO

CERTIFICADO Yo, _____ (en imprenta), certifico que la declaración que antecede fue firmada ante mí por el declarante.	
FECHA: (DD/MM/AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FIRMA
Mi Comisión Expira: _____	SELLO
Domicilio legal o de negocios: _____	
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 Locales, por el Representante o por el Especialista de Planificación y Administración de Recursos (EPAR); y en la Sede Principal, por un Oficial de Pensiones, o un personal del Equipo de Coordinación de la Secretaría Ejecutiva de los Planes de Jubilación del BID. En caso de que el pensionado esté bajo el cuidado de un médico, dicho profesional puede autenticar esta certificación adjuntando un certificado médico.	