

IDB GROUP RETIREMENT PLANS | CERTIFICATE OF ELIGIBILITY FOR PENSION 2026

COMPLETE AND SEND TO THE EXECUTIVE SECRETARIAT OF THE IDB RETIREMENT PLANS OR YOUR COUNTRY OFFICE.

THE FOLLOWING SECTION MUST BE COMPLETED BY THE RETIREE/BENEFICIARY

IF THE RETIREE/BENEFICIARY IS UNABLE TO COMPLETE THIS FORM DUE TO MEDICAL CIRCUMSTANCES, THE REGISTERED POWER OF ATTORNEY MAY DO SO. IN THIS CASE, A MEDICAL CERTIFICATE IS REQUIRED.

FULL NAME OF RETIREE/BENEFICIARY _____

DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY) _____

RETIREE/BENEFICIARY ID _____

I CURRENTLY RECEIVE A PENSION AND/OR BENEFIT ACCORDING TO THE RULES OF THE IDB RETIREMENT PLANS IN MY CONDITION AS:

☐ Retired Pensioner ☐ Widow/er of Pensioner ☐ Child of a Deceased Participant (Under 21 y/o) ☐ Other Payee (J&S, QDRO)**CONTACT DETAILS**

Telephone: _____ Email: _____

EMERGENCY CONTACT (Please note that this is not a designation of Power of Attorney. We will use this information in case we need to get in touch with you and are unable to do so by regular means)

Name: _____

Relationship to the Retiree/Beneficiary: _____

Telephone: _____ Email: _____

BY SIGNING THIS FORM, I DECLARE THAT ALL THE STATEMENTS CONTAINED HEREIN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. THEREFORE, I CONFIRM THAT I AM STILL ELIGIBLE TO RECEIVE MY PENSION. I COMMIT TO NOTIFY THE IDB RETIREMENT PLANS DIRECTLY OF ANY CHANGE OF ADDRESS, MARITAL STATUS, RESIDENCE STATUS, AND/OR CITIZENSHIP, IF APPLICABLE.

SIGNATURE OF RETIREE/BENEFICIARY: _____

THIS FORM HAS BEEN SIGNED BY THE
RETIREE/BENEFICIARY ON: __________
MM DD YYYY**THE FOLLOWING SECTION MUST BE COMPLETED ONLY BY THE NOTARY OR ATTESTOR****ATTESTATION**

I, _____ in my capacity as a notary or attestor, certify that the above statement was signed before me by the declarant.

SIGNATURE DATE:

MM DD YYYY

TITLE*:

ATTESTOR
SIGNATURE:

SEAL / STAMP:

Official address or place of business: _____

***Note:** The attestation must be signed by any of the following unrelated persons to the participant:

- A public notary (indicate commission expiration date next to the seal/stamp).
- A magistrate or lawyer.
- In Country Offices, it can be signed by the Representative or the Resource Planning and Administrative Specialist (RPAS).
- In Headquarters, it can be signed by a Pension Officer or a member of the Front Office of the IDB Retirement Plans.
- A medical doctor may complete and sign this attestation section if the recipient is under the doctor's care. In such cases, a medical certificate must be attached to this form.

PLANES DE JUBILACIÓN DEL GRUPO BID | CERTIFICADO DE DERECHO A PENSIÓN 2026

COMPLETE Y DEVUELVA A LA SECRETARÍA EJECUTIVA DE LOS PLANES DE JUBILACIÓN DEL BID O SU OFICINA DE PAÍS

LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL RETIRADO/BENEFICIARIO

SI EL RETIRADO/BENEFICIARIO NO PUEDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO DEBIDO A CIRCUNSTANCIAS MÉDICAS, EL APODERADO REGISTRADO PUEDE HACERLO, EN ESTE CASO, SE REQUIERE UN CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRE COMPLETO DEL RETIRADO/BENEFICIARIO**FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)****NÚMERO DE RETIRADO/BENEFICIARIO****ACTUALMENTE RECIBO UNA PENSIÓN Y/O BENEFICIO SEGÚN LAS REGLAS DE LOS PLANES DE JUBILACIÓN DEL BID EN MI CONDICIÓN DE:**☐ Pensionado jubilado ☐ Viudo/a de retirado ☐ Hijo/a de participante fallecido (Menor de 21 años) ☐ Otro beneficiario (J&S, QDRO)**DATOS DE CONTACTO**

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Tenga en cuenta que esto no es una designación de apoderado. Utilizaremos esta información en caso de que necesitemos contactarle y no podamos hacerlo por medios regulares)

Nombre: _____

Parentesco con el retirado/beneficiario: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA AQUÍ ES VERDADERA Y CORRECTA A MI MEJOR ENTENDIMIENTO. POR LO TANTO, CONFIRMO QUE TODAVÍA SOY ELEGIBLE PARA RECIBIR MI PENSIÓN. ME COMPROMETO A NOTIFICAR DIRECTAMENTE A LOS PLANES DE JUBILACIÓN DEL BID CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN, ESTADO CIVIL, ESTADO DE RESIDENCIA Y/O CIUDADANÍA SEGÚN CORRESPONDA.**FIRMA DEL RETIRADO/ BENEFICIARIO:****ESTE FORMULARIO FUE FIRMADO POR EL RETIRADO/BENEFICIARIO EN FECHA:**_____
DD MM AAAA**LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA SÓLO POR EL NOTARIO O AUTENTICADOR****CERTIFICACIÓN DE FIRMA**

Yo, _____ en mi condición de notario o autenticador, certifico que la declaración que antecede fue firmada ante mí por el declarante.

FECHA DE FIRMA:_____
DD MM AAAA**TÍTULO*:****FIRMA DEL CERTIFICADOR:****SELLO/ESTAMPA:**

Domicilio legal: _____

***Nota:** La certificación debe ser firmada por cualquiera de las siguientes personas que no sean parientes del participante:

- Un Notario Público (indique la fecha de expiración de su comisión al lado del sello/estampa).
- Un Magistrado o Abogado.
- En las oficinas de país, puede ser firmada por el Representante o el Especialista de Planificación y Administración de Recursos (EPAR).
- En la sede, puede ser firmado por un Oficial de Pensiones o un miembro del Equipo de Coordinación de los Planes de Jubilación del BID.
- Un médico puede completar y firmar esta sección de certificación si el beneficiario se encuentra bajo su atención médica. En tales casos, deberá adjuntarse a este formulario un certificado médico.