

PLANOS DE APOSENTADORIA DO GRUPO BID | CERTIDÃO DE DIREITO A PENSÃO 2026

COMPLETE E DEVOLVA À SECRETARIA EXECUTIVA DO PLANO DE APOSENTADORIA DO BID OU AO SEU ESCRITÓRIO DE PAÍS

A SEÇÃO A SEGUIR DEVE SER COMPLETADA PELO APOSENTADO/BENEFICIÁRIO

SE O APOSENTADO/BENEFICIÁRIO NÃO PUDE COMPLETAR ESTE FORMULÁRIO DEVIDO A CIRCUNSTÂNCIAS MÉDICAS, O PROCURADOR REGISTRADO PODE FAZÊ-LO, NESTE CASO, É NECESSÁRIO UM ATESTADO MÉDICO

NOME COMPLETO DO APOSENTADO/BENEFICIÁRIO

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

NÚMERO DE APOSENTADO/BENEFICIÁRIO

ATUALMENTE RECEBO UMA PENSÃO E/OU BENEFÍCIO DE ACORDO COM AS REGRAS DOS PLANOS DE APOSENTADORIA DO BID NA MINHA CONDIÇÃO DE:

☐ Participante Aposentado ☐ viúva/o de um aposentado/a ☐ Filho do Falecido (menor de 21 anos) ☐ Outro beneficiário (J&S, QDRO)**DETALHES DE CONTATO**

Telefone: _____ Correio eletrônico: _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA (Observe que isso não é uma designação de procuração. Usaremos essas informações caso precisemos entrar em contato com você e não possamos fazê-lo por meios regulares)

Nome: _____

Relação com o Aposentado/Beneficiário: _____

Telefone: _____ Correio eletrônico: _____

AO ASSINAR ESTE FORMULÁRIO, DECLARO QUE TODAS AS DECLARAÇÕES CONTIDAS AQUI SÃO VERDADEIRAS E CORRETAS SEGUNDO O MEU CONHECIMENTO. PORTANTO, CONFIRMO QUE AINDA SOU ELEGÍVEL PARA RECEBER MINHA PENSÃO. COMPROMETO-ME A NOTIFICAR DIRETAMENTE OS PLANOS DE APOSENTADORIA DO BID SOBRE QUALQUER MUDANÇA DE ENDEREÇO, ESTADO CIVIL, ESTADO DE RESIDÊNCIA E/OU CIDADANIA, SE APLICÁVEL.

ASSINATURA DO APOSENTADO/BENEFICIÁRIO:

ESTE FORMULÁRIO FOI ASSINADO PELO
APOSENTADO/BENEFICIÁRIO EM:_____
DD MM AAAA**A SEÇÃO A SEGUIR DEVE SER COMPLETADA SOMENTE PELO NOTÁRIO OU ATESTADOR****ATESTADO**

Eu, _____ na minha capacidade como notário ou atestador, certifico que a declaração acima foi assinada perante mim pelo declarante.

DATA DA ASSINATURA:

TÍTULO*:

DD MM AAAAASSINATURA DO
ATESTADOR:

SELO / CARIMBO:

Endereço oficial ou local de negócios: _____

***Nota:** A atestado deve ser assinada por qualquer uma das seguintes pessoas não relacionadas ao participante:

- Um notário público (indicar a data de expiração da comissão ao lado do selo/carimbo).
- Um magistrado ou advogado.
- Nos Escritórios de País, pode ser assinada pelo Representante ou pelo Especialista em Planejamento e Administração de Recursos (EPARS).
- Na Sede, pode ser assinada por um Oficial de Pensão ou por um membro do Gabinete da Frente dos Planos de Aposentadoria do BID.
- Um médico pode preencher e assinar esta seção de declaração caso o beneficiário esteja sob seus cuidados médicos. Nesses casos, um atestado médico deverá ser anexado a este formulário.

PLANS DE RETRAITE DU GROUPE BID | CERTIFICAT D'ÉLIGIBILITÉ À LA PENSION 2026

COMPLÉTEZ ET RETOURNEZ AU SECRÉTARIAT EXÉCUTIF DES PLANS DE RETRAITE DE LA BID OU À VOTRE BUREAU DE PAYS

LA SECTION SUIVANTE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR LE RETRAITÉ/BÉNÉFICIAIRE

SI LE RETRAITÉ/BÉNÉFICIAIRE EST INCAPABLE DE REMPLIR CE FORMULAIRE EN RAISON DE CIRCONSTANCES MÉDICALES, LA PROCURATION ENREGISTRÉE PEUT LE FAIRE, DANS CE CAS, UN CERTIFICAT MÉDICAL EST REQUIS.

NOM COMPLET DU RETRAITÉ/BÉNÉFICIAIRE**DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)****ID DU RETRAITÉ/BÉNÉFICIAIRE****JE REÇOIS ACTUELLEMENT UNE PENSION CONFORMÉMENT AUX RÈGLES DES PLANS DE RETRAITE DE LA BID DANS MA CONDITION DE:**☐ Retraité Pensionné ☐ Veuf/Veuve de Pensionné ☐ Enfant d'un Participant Décédé (Moins de 21 ans) ☐ Autre Bénéficiaire (J&S, QDRO)**INFORMATIONS DE CONTACT**

Téléphone: _____ E-mail: _____

CONTACT D'URGENCE (Veuillez noter qu'il ne s'agit pas d'une désignation de procuration. Nous utiliserons ces informations au cas où nous aurions besoin de vous contacter et ne pourrions pas le faire par les moyens habituels)

Nom: _____

Relation avec le Retraité/Bénéficiaire: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

EN SIGNANT CE FORMULAIRE, JE DÉCLARE QUE TOUTES LES DÉCLARATIONS CONTENUES ICI SONT VRAIES ET CORRECTES AU MIEUX DE MA CONNAISSANCE. PAR CONSÉQUENT, JE CONFIRME QUE JE SUIS TOUJOURS ÉLIGIBLE POUR RECEVOIR MA PENSION. JE M'ENGAGE À NOTIFIER DIRECTEMENT LES PLANS DE RETRAITE DE LA BID DE TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE, DE STATUT MARITAL, DE STATUT DE RÉSIDENCE ET/OU DE NATIONALITÉ, LE CAS ÉCHÉANT.**SIGNATURE DU RETRAITÉ/BÉNÉFICIAIRE:****CE FORMULAIRE A ÉTÉ SIGNÉ PAR LE RETRAITÉ/BÉNÉFICIAIRE LE:**_____
JJ MM AAAA**LA SECTION SUIVANTE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE UNIQUEMENT PAR LE NOTAIRE OU L'ATTESTATEUR****ATTESTATION**

Je, _____ en ma qualité de notaire ou d'attestateur, certifie que la déclaration ci-dessus a été signée devant moi par le déclarant.

DATE DE SIGNATURE:**TITRE*:**_____
JJ MM AAAA**SIGNATURE DE
L'ATTESTATEUR:****TAMPON / CACHET:**

Domicile legal ou professionnel: _____

***Remarque:** L'attestation doit être signée par l'une des personnes suivantes, non apparentées au participant:

- Un notaire public (indiquer la date d'expiration de la commission à côté du tampon/cachet).
- Un magistrat ou un avocat.
- Dans les bureaux de pays, elle peut être signée par le Représentant ou le Spécialiste en Planification des Ressources et Administration (RPAS).
- Au siège, elle peut être signée par un Agent de Pension ou un membre du Bureau de la Direction des Plans de Retraite de la BID.
- Un médecin peut remplir et signer cette section d'attestation si le bénéficiaire est sous sa prise en charge médicale. Dans ce cas, un certificat médical doit être joint à ce formulaire