

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: <input type="checkbox"/> Participante Retirado <input type="checkbox"/> Viuda/o de un Retirado <input type="checkbox"/> Hijo/a de Fallecido (menor de 21 años) <input type="checkbox"/> Otro Beneficiario	
3	ESTADO CIVIL VIGENTE: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a Cambio de Estado Civil desde el último certificado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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"/> <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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor tomar nota de mi nueva dirección: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Ciudad Estado/Provincia País Código Postal </div>	
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"/>	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.	