Solicitud de Prestación de Fallecimiento

Entidad Gestora de Fondos de Pensiones, inscrita en el Registro Especial de la DGSyFP con el Nº. G-0148

PSN PERSONAL RENTA VARIABLE, FP (F-2087)
- EDM PENSIONES DOS RVI, PP (N-4886)
- PSN Autorresponsabilidad, PP (N-5224)

BANCO INVERSIS S.A
Avda. de la Hispanidad, 6
28042 Madrid
Entidad Depositaria, registrada en la DGSYFP con el Nº D-0168

Partícipe Nº:	
Código U.G.I.:	
Código Gestor:	

Datos del Partícipe:

Nombre y Apellidos:

Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____ D.N.I.: | | | | | | | | |

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:		D.N.I.: | | | | | | | | |
Domicilio:		Población:
C.P.: | | | | |	Provincia:	Teléfono/s: /

Solicitud de Prestación por Fallecimiento

Solicito el abono de la prestación correspondiente a tal contingencia en la forma que señalo entre las siguientes alternativas:

- **CAPITAL:**
  - Total
  - Parcial: - Importe*_____ € Aportaciones anteriores a 01/01/2007 Aportaciones posteriores a 01/01/2007

  * Importe bruto. La cantidad reseñada quedará minorada por los impuestos que sean de aplicación de acuerdo con la normativa vigente.
- **RENTA:**
  - Renta Financiera de _____ € hasta que se agote el Capital y los Rendimientos.
  - Renta Vitalicia contratada a través de una Póliza de PSN RENTAS, con esta Entidad.
  - Renta Temporal durante _____ años, a través de una Póliza de PSN RENTAS, con esta Entidad.
- **MIXTA:** Indicarla a través de las dos opciones anteriores.

Designo para el percibo de la prestación, en la forma indicada, la siguiente domiciliación bancaria:

IBAN | E | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

País Nº Control Entidad Oficina D.C. Nº de Cuenta Corriente

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?
Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante, PSN).

¿Con qué finalidad tratamos sus datos?
Trataremos sus datos con la finalidad de formalizar y gestionar el plan de pensiones, los servicios accesorios al mismo y a la condición de partícipe y la gestión comercial.

¿Por qué estamos legitimados para su tratamiento?
La legitimación está basada en la ejecución del contrato y el consentimiento del interesado.

¿A quién comunicaremos sus datos?
Los datos serán tratados por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo SAU y en caso de habernos dado su consentimiento, los datos facilitados serán comunicados a las empresas del Grupo PSN con la finalidad de remitirle información comercial por cualquier medio, incluidos los electrónicos sobre las actividades, servicios y productos que ofrecen las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la dirección: http://www.psn.es/empresas-psn.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?
El Cliente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional
Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.psn.es/politica-de-privacidad/

☐ He leído y acepto la información sobre Protección de Datos.

En _____ a _____ de _____ de 20_____ El Beneficiario

Adjunto los siguientes documentos:
- ☐ Certificado de defunción (en todos los casos).
- ☐ Fotocopia de los D.N.I. de los beneficiarios (en todos los casos).
- ☐ Testamento, Certificado de Actos de Última Voluntad, Escritura de Adjudicación de Herencia (sólo en el caso de no existir beneficiarios expresamente designados en el Plan de Pensiones).
- ☐ Modelo 145 de cada uno de los beneficiarios (en todos los casos).

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8. Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

AM PREST0070 1805/1

Mediado por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo, S.A.U, sociedad de Agencia de Seguros Vinculada, debidamente inscrita en el Registro Administrativo especial de Mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos con la clave AJ0212.