Solicitud de Prestación por Jubilación, Incapacidad o Dependencia

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:

Apellidos y Nombre:		D.N.I.:
Domicilio:		Población:
C.P.:	Provincia:	Teléfono/s: /
E-Mail:		Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: ○ H ○ M

Solicitud de Prestación por Jubilación, Incapacidad o Dependencia

- ○ Jubilación o situación asimilable
- ○ No es posible acceder a la Jubilación
- ○ Incapacidad Permanente y Absoluta para todo trabajo
- ○ Dependencia

Supuestos excepcionales de liquidez:
- ○ Desempleo de larga duración
- ○ Enfermedad grave

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 FINANCIERA:**
- ○ Renta Financiera de _____________ € hasta que se agote el Capital y los Rendimientos.

○ **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
ES					

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 Partícipe

Adjunto los siguientes documentos en caso de Jubilación e Incapacidad:
- ☐ Fotocopia DNI en vigor.
- ☐ Documento justificativo de dicha Jubilación o Incapacidad.
- ☐ Modelo 145.
- ☐ Certificado de no encontrarse cotizando para las contingencias de jubilación en ningún Régimen de la Seguridad Social (Sólo en el supuesto de no ser posible el acceso a la jubilación).

Adjunto los siguientes documentos en caso de Desempleo:
- ☐ Fotocopia DNI en vigor.
- ☐ Modelo 145.
- ☐ Certificado del SEPE de hallarse en situación legal de desempleo y estar inscrito como demandante de empleo en el momento de la solicitud.
- ☐ Certificado del SEPE de no tener derecho a prestación por desempleo en su nivel contributivo o haber agotado la misma.

Adjunto los siguientes documentos en caso de enfermedad grave:
- ☐ Fotocopia DNI en vigor.
- ☐ Modelo 145.
- ☐ Fotocopia del documento que justifique el parentesco, en caso de que el afectado no sea el Partícipe.
- ☐ Documento acreditativo emitido por el Organismo Sanitario correspondiente
- ☐ Documento acreditativo de aumento de gastos o de disminución de ingresos a consecuencia de la enfermedad.

Adjunto los siguientes documentos en caso de dependencia:
- ☐ Fotocopia DNI en vigor.
- ☐ Modelo 145.
- ☐ Certificado que acredite la situación de dependencia.

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

AM PREST0075 1805/1