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

PSN PREVISIÓN II, FP (F-0703)
☐ PSN, Plan Individual de Pensiones (N-1923)

PSN PERSONAL RENTA FIJA, FP (F-1879)
☐ PSN, Pensiones Renta Fija Confianza, PP (N-4804)

☐ EDM Pensiones UNO, PP (N-4488)

SANTANDER SECURITIES SERVICES, S.A.U.
Avda. de Cantabria s/n
28660 Boadilla del Monte.

Entidad Depositaria, registrada en la DGSyFP con el Nº D-0196

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

Focused on micro

Entidad Comercializadora: EDM GESTIÓN S.A., S.G.I.I.C., Avda. Diagonal 399, 5ª planta - 08008 Barcelona, CIF: A58217175

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

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que el Partícipe proporcione, pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante la Mutua), siendo la finalidad de la recogida de tales datos la formalización y gestión del Boletín de Prestación al Plan de Pensiones. Asimismo, le informamos de la cesión de datos personales, adecuados, pertinentes y no excesivos, a otras entidades financieras u organismos públicos o privados relacionados con el sector financiero, con fines estadísticos y de lucha contra el fraude o cualquier otro que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de su actividad financiera.

Los datos personales que se requieren en el boletín de prestación son de obligado cumplimiento por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua y para la efectividad del Contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de dicho contrato.

Asimismo le informamos que una vez formalizada su prestación al Plan de Pensiones sus datos personales serán tratados por EDM GESTIÓN S.A, SGIIC, con la finalidad de la gestión comercial por dicha entidad como encargado del tratamiento, del Plan de Pensiones contratado.

El Partícipe podrá ejercitar, en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación dirigida a la Mutua, C/ Villanueva 11, 28001 - Madrid, acompañada de fotocopia de DNI o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.

El Partícipe autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la misma.

El Partícipe autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación, excepto los electrónicos, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo Previsión Sanitaria Nacional, cuya composición puede consultar en la dirección http://www.psn.es/empresas-psn.

☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la Mutua.

☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación no electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN.

☐ Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la referida dirección, cuyos sectores específicos y concretos son los servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, fondos de inversión, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

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