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:

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:**
- ☐ 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 participación 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 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