

PLAN DE PENSIONES DE _____

(Nombre de la empresa actual)

COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE CONTROL

A) Remitir, firmadas, únicamente las hojas que se hayan cumplimentado a:

Servicios de Atención al Empleado (SAE)

Avda. de Europa 26, Edificio Ática 5, Pozuelo de Alarcón, 28224-Madrid

B) Cumplimentar, en todo caso, los siguientes DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE		
N.I.F.:	Partícipe <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>
Apellidos y Nombre:		
Domicilio:		Código Postal:
Localidad:	Provincia:	Teléfono:
Fecha de nacimiento:	E- mail:	

C) Seleccionar con una "X" el motivo o motivos de la comunicación:

1	Adhesión al plan de pensiones	<input type="checkbox"/>	6	Modificación modalidad de prestación	<input type="checkbox"/>
2	Traspaso de derechos consolidados	<input type="checkbox"/>	7	Efectividad derechos enfermedad grave	<input type="checkbox"/>
3	Régimen personas con discapacidad	<input type="checkbox"/>	8	Solicitud de prestación	<input type="checkbox"/>
4	Anticipo de capital / rentas	<input type="checkbox"/>	9	Efectividad derechos por desahucio	<input type="checkbox"/>
5	Modificación de la renta	<input type="checkbox"/>	10	Designación de beneficiarios	<input type="checkbox"/>

1 – ADHESIÓN

Fecha de alta en la Empresa:	Fecha de antigüedad reconocida:
Fecha de alta en el Plan:	

2 – TRASPASO DE DERECHOS CONSOLIDADOS*

2.1 SALIDA A OTRO PLAN EXTERNO. (Adjuntar Certificado de Pertenencia al Plan de destino)	
Nombre del Plan de destino:	
Fondo en el que se integra:	
Entidad Gestora del Fondo:	
Si el traspaso es parcial, detallar los derechos a movilizar*	Hasta al 31/12/2006 <input type="checkbox"/> Posteriores al 31/12/2006 <input type="checkbox"/>
2.2 ENTRADA PROCEDENTE DE OTRO PLAN.	
Nombre del Plan de origen:	
Fondo en el que se integra:	

Fecha y firma del solicitante:

Por la Comisión de Control:

3- ADHESION AL REGIMEN ESPECIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Marcar una "X" si desea acogerse al régimen especial de personas con discapacidad

Documentación a presentar: Certificado que acredite el grado de discapacidad

4 – ANTICIPO DE CAPITAL / RENTA

ANTICIPO DE CAPITAL ANTICIPO DE RENTA (Marcar con una "X" la opción deseada)

Importe a anticipar:

Fecha de pago:

5 – MODIFICACIÓN DE LA RENTA

PARÁMETRO DE ACTUALIZACIÓN: Nuevo valor parámetro: A partir de:

CUANTÍA: Nuevo importe: A partir de:

SUSPENSIÓN DEL COBRO (hasta nueva orden del interesado): A partir de:

REANUDACIÓN DEL COBRO: Importe: A partir de:

6 – MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN

MODALIDAD ACTUAL DE PRESTACIÓN: Renta financiera Pagos sin periodicidad regular

NUEVA MODALIDAD DE PRESTACIÓN: 1) Renta financiera 2) Renta garantizada
 3) Capital 4) Pagos sin periodicidad regular

(Cumplimentar el/los epígrafe/s correspondiente/s del apartado "8.2 Modalidad de prestación")

7 – EFECTIVIDAD DE DERECHOS CONSOLIDADOS POR ENFERMEDAD GRAVE

Lugar de tratamiento:

Duración:

Coste incurrido o previsto (no cubierto por la Seg. Social):

Importe solicitado:

Fecha de pago:

Documentación justificativa a presentar por el titular:

- Escrito indicando circunstancias en que se basa la solicitud.
- Fotocopia del D.N.I. del titular del Plan de Pensiones.
- Documentación acreditativa del parentesco con la persona afectada (si es distinta del titular).
- Impreso de comunicación de datos al pagador (I.R.P.F.).

Documentación de la persona que da derecho al cobro del Plan, sea el propio partícipe o no:

- Certificado de la Seguridad Social de no estar percibiendo ningún tipo de prestación por incapacidad.
- Certificado de la enfermedad emitido por servicios competentes de entidades sanitarias de la Seguridad Social o Mutuas de Trabajo o Colaboradoras Médicas de la Seguridad Social.
- Facturas o presupuestos de intervenciones quirúrgicas o tratamientos y/o justificantes del desplazamiento o alojamiento en las fechas de intervención o tratamiento (del afectado y, en su caso, del acompañante).

Fecha y firma del solicitante:

Por la Comisión de Control:

8 – SOLICITUD DE PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/>	JUBILACIÓN ORDINARIA	<input type="checkbox"/>	INVALIDEZ
<input type="checkbox"/>	ANTICIP. PRESTAC. JUBILACIÓN (60 años)	<input type="checkbox"/>	FALLECIMIENTO DEL PARTÍCIPE
<input type="checkbox"/>	EXPEDIENTE REGULACIÓN DE EMPLEO	<input type="checkbox"/>	FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO

8.1 EN CASO DE FALLECIMIENTO, DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO.

Nombre y Apellidos:	N.I.F.:
Domicilio:	Código Postal:
Localidad:	Provincia:

8.2 MODALIDAD DE PRESTACIÓN.

A) * CAPITAL:	Fecha de cobro:	IMPORTE €	
----------------------	-----------------	-----------	--

*Seleccionar esta casilla en caso de querer acogerse a la reducción fiscal para los derechos anteriores al 31/12/2006.

B.1) RENTA FINANCIERA:	Mes y Año Inicio:	IMPORTE €	
	PERIODICIDAD:	Mensual:	Trimestral:
	Revalorizable (Sí / No):	IPC (Sí / No):	% Revalorización:

B.2) RENTA GARANTIZADA:	<i>Detallar en documento aparte:</i>	Si es vitalicia o temporal. En este último caso, número de años. Si <u>es o no revalorizable</u> . De serlo, porcentaje anual de actualización. Si <u>es o no reversible</u> al fallecimiento. De serlo, datos personales de la/s persona/s beneficiaria/s y porcentaje de reversión. Si es renta vitalicia sin consumo de capital.
--------------------------------	--------------------------------------	--

C) CAPITAL-RENTA:	Cumplimentar el apartado A) y el apartado B.1) y / o B.2)
--------------------------	--

D)* PAGOS SIN PERIODICIDAD REGULAR:	1ª Fecha de cobro:	IMPORTE €	
<i>(Para el 2º y sucesivos pagos, dirigirse directamente a la entidad gestora)</i>			

*Seleccionar esta casilla en caso de no querer acogerse a la reducción fiscal para los derechos anteriores al 31/12/2006.

8.3 CUENTA DE ABONO (IBAN + 20 dígitos)

IBAN	BANCO	OFICINA	D.C.	Nº. CUENTA

8.4 DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA.

JUBILACIÓN	Fotocopia de la Resolución definitiva o Certificado del Órgano que la haya reconocido.
ANTICIPACIÓN PREST. JUBILACIÓN (60 años)	Certificado de la S.S. que acredite no encontrarse de alta en la misma y no reunir, en el momento de la solicitud, todos los requisitos para obtener la prestación de jubilación.
EXPTE. REGULACIÓN DE EMPLEO	Carta de despido.
INVALIDEZ	Fotocopia de la Resolución definitiva o Certificado del Órgano que la haya reconocido. Informe Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (Tribunal médico).
FALLECIMIENTO	Certificado de defunción. Fotocopia del D.N.I. de los beneficiarios. Fotocopia del Libro de Familia completo y, en su caso, Designación de beneficiarios. Certificado Actos Última Voluntad. Si beneficiarios son distintos al cónyuge e hijos menores de 23 años y no existe designación de beneficiarios: testamento o declaración de herederos
PARA TODAS LAS PRESTACIONES	Fotocopia del D.N.I. del causante de la prestación. Impreso de comunicación de datos al pagador (I.R.P.F.).

Fecha y firma del solicitante:

Por la Comisión de Control:

9 – EFECTIVIDAD DE DERECHOS POR DESAHUCIO DE VIVIENDA HABITUAL

Domicilio:	Importe solicitado:
Cuenta de abono (IBAN + 20 dígitos):	
Documentación justificativa a presentar por el titular:	
<ul style="list-style-type: none">• Documento que acredite que el partícipe se halla incurso en un procedimiento de ejecución forzosa• Documento que acredite que la vivienda objeto del procedimiento es el domicilio habitual• Fotocopia del D.N.I. del titular del Plan de Pensiones.• Impreso de comunicación de datos al pagador (I.R.P.F.).	

Fecha y firma del solicitante:

Por la Comisión de Control:

10 – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO

Don/Doña: _____,
con N.I.F. número _____, como partícipe / beneficiario del Plan de Pensiones de (*nombre de la empresa*) _____, mediante el presente Boletín designo expresamente beneficiarios de la prestación por fallecimiento del referido Plan de Pensiones a la/s siguiente/s persona/s:

N.I.F.	Nombre y apellidos	Parentesco	Porcentaje u orden de prelación

El presente Boletín se cumplimentará **únicamente** por quienes deseen efectuar una **designación de beneficiarios distinta de la prevista con carácter general** en las especificaciones del Plan de Pensiones, es decir:

50% de la prestación para el cónyuge en el momento de fallecer el partícipe o el beneficiario y el 50% restante para los hijos menores de 23 años o mayores incapacitados, a partes iguales. A falta de cónyuge supérstite, la parte de éste acrecerá a la de los hijos con derecho y viceversa. De no existir ninguno de los anteriores beneficiarios, se aplicarán, según proceda, las reglas de la sucesión testada o intestada.

La designación efectuada en el presente documento sustituye, en su caso, a todas las efectuadas con anterioridad.

Salvo previa declaración en contra o medida cautelar judicialmente acordadas, el Plan de Pensiones abonará las prestaciones exclusivamente a los beneficiarios designados y con carácter liberatorio respecto de los pagos efectuados.

OBSERVACIONES

EL SOLICITANTE:

LA COMISIÓN DE CONTROL DEL PLAN:

En _____, a _____ de _____ de 20 _____