



Datos generales

Prestación Jubilación Incapacidad Fallecimiento Gran Dependencia Delegación _____

Situación de liquidez Paro larga duración Enfermedad grave N°. Solicitud _____

Datos del Partícipe (todos los datos son de obligado cumplimiento).

Nombre/Razón Social _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

DNI/NIF _____ Domicilio _____ N° _____ Piso (otros) _____

Población _____ C.P. _____ Provincia _____ País de Residencia Fiscal _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Profesión _____ Estado Civil _____

Nacionalidad _____ Telefono fijo/móvil _____ Email _____

N°. Partícipe _____ Plan de Pensiones _____

Datos del Beneficiario (todos los datos son de obligado cumplimiento).

Nombre/Razón Social _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

DNI/NIF _____ Domicilio _____ N° _____ Piso (otros) _____

Población _____ C.P. _____ Provincia _____ País de Residencia Fiscal _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Profesión _____ Estado Civil _____

Nacionalidad _____ Teléfono móvil/fijo _____ E-mail _____

Modalidad de Pago

Desea percibir los derechos consolidados en forma de:

Capital: Inmediato Diferido a fecha _____ siendo beneficiario en caso de fallecimiento _____

Renta: Asegurada según proyecto: Fecha de inicio _____ Periodicidad _____ Importe _____ euros Beneficiario (en caso de fallecimiento) _____

Financiera según los siguientes parámetros:

Mixta: _____ % en forma de capital según la opción arriba indicada _____ % en forma de renta según la modalidad arriba indicada

Además de elegir la modalidad de pago, en los supuestos de liquidez, el reembolso de los derechos consolidados será: Total Parcial, por importe de: _____ euros

Datos del cobro bancario

Ingreso o transferencia bancaria a la siguiente cuenta:

Cód. Entidad _____ Cód. Oficina _____ D.C. _____ Número de cuenta _____

Documentos necesarios

La documentación que se acompaña es la siguiente:

- Acreditación del derecho a la petición de prestación o al supuesto de liquidez
- Acreditación de estar al corriente de pago de las aportaciones periódicas
- Acreditación para el tratamiento fiscal
- Acreditación de la condición de partícipe y beneficiario

Observaciones

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y **autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA PENSIONES, S.A. ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES y el tratamiento de los mismos.** La cumplimentación de todos los datos personales facilitados es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la gestión de su solicitud. **Si el Solicitante no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la gestión de su solicitud no podrá llevarse a cabo.**

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Partícipe / Beneficiario