

SOLICITUD LIQUIDEZ DEL PLAN DE PENSIONES ASOCIADO C.C.O.O.

NOMBRE DEL PARTÍCIPE	N.I.F. N°

SUPUESTO EXCEPCIONAL DE LIQUIDEZ:	
Desempleo larga duración	Enfermedad grave

MODALIDAD DE COBRO

<input type="checkbox"/> CAPITAL	Fecha Cobro: <input type="text"/>		Importe: (//)	
<input type="checkbox"/> RENDA	Mes/Año Comienzo: <input type="text"/>		Importe: <input type="text"/>	
- Financiera	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
- Revalorización	IPC	Otros		
<input type="checkbox"/> MIXTO	Debe marcar el capital y la renta que desea cobrar			
<input type="checkbox"/> SIN PERIODICIDAD REGULAR	Fecha Cobro: <input type="text"/>		Importe: (//)	

(//) Si se desea capital total indicar TOTAL, no importe. Si es capital diferido parcial el importe que se desea.

El abono se realizará en la siguiente cuenta - debe cumplimentarse con todos los dígitos

Entidad	Oficina	D.C.	Núm. de Cuenta

TRATAMIENTO AUTOMATIZADO DE DATOS PERSONALES

a) El Participe autoriza al Promotor del Plan a comunicar o interconectar sus datos personales reseñados en el presente documento y sus posibles modificaciones, a GESTIÓN DE PREVISIÓN Y PENSIONES, E.G.F.P., S.A. con domicilio en Madrid (28001), Pº de Recoletos nº 10, para que ésta pueda dar cumplimiento a las obligaciones que como Entidad Gestora del Plan le corresponden conforme la normativa vigente, las Normas de Funcionamiento del Fondo de Pensiones y las Especificaciones del Plan, considerándose el Participe informado de esta cesión a dicho cesionario en virtud de la presente cláusula. Este consentimiento para la comunicación de datos a terceros tiene carácter revocable en todo momento, sin efectos retroactivos, en el domicilio del Promotor del Plan C/ Fernández de la Hoz, nº 12, 28010 MADRID, pero la revocación impedirá que la Entidad Gestora pueda proceder al cumplimiento de las citadas obligaciones, al ser imprescindible para dicho cumplimiento, quedando por tanto la Entidad Gestora exenta de cualquier responsabilidad por los daños y/o perjuicios que por ello pudieran irrogarse al Participe.

b) El Participe autoriza a la Entidad Gestora a comunicar o interconectar sus datos personales cedidos por el Promotor del Plan a la Entidad Gestora conforme lo indicado en el anterior apartado a), a BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA, S.A, con domicilio en Bilbao, Plaza de San Nicolás nº 4, (Entidad Depositaria), para que ésta pueda dar cumplimiento a las obligaciones que como Entidad Depositaria del Plan le corresponden conforme la normativa vigente, las Normas de funcionamiento del Fondo de Pensiones y las Especificaciones del Plan, considerándose el Participe informado de esta cesión a dicho cesionario en virtud de la presente cláusula. Este consentimiento para la comunicación de datos a terceros tiene carácter revocable en todo momento, sin efectos retroactivos, en el domicilio de la Entidad Gestora indicado en el anterior apartado a), pero la misma impedirá que la Entidad Depositaria pueda proceder al cumplimiento de las citadas obligaciones, al ser imprescindible para dicho cumplimiento, quedando por tanto la Entidad Depositaria exenta de cualquier responsabilidad por los daños y/o perjuicios que por ello pudieran irrogarse al Participe.

De acuerdo con lo expuesto, la revocación del consentimiento otorgado al Promotor del Plan en el anterior apartado a), supondrá la imposibilidad de que la Entidad Gestora pueda comunicar los citados datos a la Entidad Depositaria, con los efectos indicados en el párrafo que antecede, para el caso de revocación del consentimiento previsto en el mismo a favor de la Entidad Gestora.

c) De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el Promotor del Plan informa al Partícipe de la cesión que va efectuar a la Entidad Gestora y a la Entidad Depositaria de los datos personales del/de los Beneficiario/s que designe en el presente boletín, y sus modificaciones, para que aquellas puedan dar cumplimiento a las obligaciones que como Entidades Gestora y Depositaria del Plan, respectivamente, les corresponden conforme la normativa vigente y las Especificaciones del Plan.

En, _____

COMISIÓN DE CONTROL
Autoriza pago de la prestación

Firma y N.I.F. del partícipe

DOCUMENTACIÓN SEGÚN SUPUESTO EXCEPCIONAL DE LIQUIDEZ

DESEMPLEO LARGA DURACIÓN - Fotocopia DNI (ambas caras), documento acreditativo de estar en situación legal de desempleo, documentación acreditativa de no estar percibiendo prestación por desempleo en su nivel contributivo y estar inscrito en el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo público competente como demandante de empleo en el momento de la solicitud.
--

ENFERMEDAD GRAVE - Fotocopia DNI (ambas caras), certificado médico de los servicios competentes de las entidades sanitarias de la Seguridad Social o entidades concertadas que atiendan al afectado y documentación acreditativa de disminución de renta disponible por aumento de gastos o reducción de ingresos. En caso de que la enfermedad grave no sea del propio partícipe, documento acreditativo de la relación de parentesco o de tutelaje/acogimiento

En todos los supuestos la Comisión de Control del Plan, o la Entidad Gestora podrán solicitar toda aquella documentación complementaria que crean necesaria para el esclarecimiento de cualquier situación.