

**SOLICITUD DE COBRO DE PRESTACIÓN Y MODALIDAD**

(A cumplimentar por cada Beneficiario reconocido)

**FONDO 214: SANTANDER UNIVERSIDADES, FONDO DE PENSIONES**

**PLAN DE PENSIONES:**

**PLAN 001 – UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

<b>Nombre y Apellidos</b>					
<b>NIF</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Dirección</b>			<b>Nº</b>	<b>Escalera-Piso-Puerta</b>	
<b>Localidad</b>		<b>Código Postal</b>		<b>Provincia</b>	
<b>Contingencia producida</b>			<b>Fecha de Contingencia</b>		
<b>Nombre y apellidos del partícipe, (si es distinto del beneficiario)</b>					
<b>Nif</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Estado Civil</b>	

**DOMICILIACIÓN BANCARIA**

IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

<input type="checkbox"/> Mi Cónyuge y en su defecto los hijos. <input type="checkbox"/> Mi Cónyuge y mis hijos a partes iguales. <input type="checkbox"/> Herederos Legales. <input type="checkbox"/> Designación expresa:	
<b>Nombre y Apellidos:</b>	<b>N.I.F.</b>

**MODALIDAD DE COBRO**

<input type="checkbox"/> <b>Capital:</b>	<input type="checkbox"/> Inmediato <input type="checkbox"/> Diferido a la fecha _____	
<input type="checkbox"/> <b>Renta:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Renta Financiera:</b> <b>Importe de la Renta</b> _____ Euros <input type="checkbox"/> inmediata <input type="checkbox"/> diferida a fecha _____ <b>Periodicidad:</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <b>Revalorización anual:</b> <input type="checkbox"/> al ___% ó <input type="checkbox"/> con el IPC del año anterior	
<input type="checkbox"/> <b>Mixta:</b> <b>Capital + Renta Financiera</b>	<b>Importe del Capital</b> _____ Euros <input type="checkbox"/> inmediato <input type="checkbox"/> diferido a fecha _____	<b>Importe de la Renta</b> _____ Euros <input type="checkbox"/> inmediata <input type="checkbox"/> diferida a fecha _____ <b>Periodicidad:</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <b>Revalorización anual:</b> <input type="checkbox"/> al ___% ó <input type="checkbox"/> con el IPC.

Conociendo las características de la prestación que se me ha reconocido y de la modalidad de cobro elegida en la presente, SOLICITO que la misma se abone en los datos bancarios arriba indicados.

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma y N.I.F.

**NIF:**