

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**

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

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:	
Nombre y Apellidos:	N.I.F.

MODALIDAD DE COBRO

Capital: Inmediato Diferido a la fecha _____

Renta:

Renta Financiera: **Importe de la Renta** _____ euros

inmediata diferida a fecha _____

Periodicidad: Mensual Trimestral Semestral Anual

Revalorización anual: al ___ % o con el IPC del año anterior

Renta Garantizada

Vitalicia: **Importe de la Renta:** (será fijado por la Cía. de Seguros)

Temporal: **Importe de la Renta:** (será fijado por la Cía. de Seguros)

inmediata diferida a fecha _____

Periodicidad: Mensual Trimestral Semestral Anual

Revalorización anual: al ___ % o con el IPC del año anterior

Reversión al cónyuge: si o no

Mixta:

Capital/ Renta Financiera.

Importe del Capital _____ euros

inmediato

diferido a fecha _____

Importe de la Renta _____ euros

inmediata diferida a fecha _____

Periodicidad:

Mensual Trimestral Semestral Anual

Revalorización anual: al ___ % ó con el IPC.

Capital/ Renta Garantizada Vitalicia.

Capital/ Renta Garantizada Temporal

Importe del Capital _____ euros

inmediato

diferido a fecha _____

Importe de la Renta: (será fijado por la Cía. de Seguros)

inmediata diferida a fecha _____

Periodicidad:

Mensual Trimestral Semestral Anual

Revalorización anual: al ___ % o con el IPC.

Reversión al cónyuge: si o no

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.