

## Boletín de adhesión al Plan de Pensiones Fondecas (N-0154)

<input type="checkbox"/> Solicitud de adhesión al Plan de Pensiones	<input type="checkbox"/> Solicitud de modificación del Plan de Pensiones	<input type="checkbox"/> Traspaso Plan de Pensiones
Nº Partícipe .....	Clave Agente 15728	Fecha efecto ...../...../.....

### Datos del Partícipe

Nombre .....	NIF/NIE/Doc. acreditativo extranjero .....
Dirección .....	Fecha nacimiento ..... Idioma ..... Sexo <input type="checkbox"/> Varón
CP ..... Población .....	Teléfono particular Teléfono móvil E-mail <input type="checkbox"/> Mujer
Provincia/País .....	Profesión/Actividad .....
Nacionalidad .....	Minusvalía <input type="checkbox"/> Si Fecha resolución .....
Residencia Fiscal .....	
Contingencias producidas en la fecha de adhesión al Plan <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Jubilación Fecha de contingencias .....	

### Aportaciones del Partícipe

Periódicas <input type="checkbox"/>	Importe .....	Fecha efecto 01/...../.....	Periodicidad <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	Revalorización <input type="checkbox"/> Según IPC <input type="checkbox"/> % Fijo acumulativo <input type="checkbox"/> % Fijo lineal ..... <input type="checkbox"/> Sin revalorización
Extraordinarias	Importe .....	Fecha efecto 01/...../.....	<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Domiciliación	
Nº Cuenta bancaria .....	Entidad .....			

### Beneficiarios (personas físicas)

En caso de jubilación o incapacidad	<input type="checkbox"/> 20.- El propio Partícipe	<input type="checkbox"/> 15.- Contingencia no permitida caso de haber ocurrido
En caso de fallecimiento	<input type="checkbox"/> 10.- Su cónyuge y en su defecto los hijos que hubiese del matrimonio por partes iguales	<input type="checkbox"/> 14.- Sus herederos legales
	<input type="checkbox"/> 11.- Sus padres por partes iguales	<input type="checkbox"/> 60.- Según el siguiente texto .....

### Datos del Aportante (sólo en caso de ser distinto al partícipe)

Relación de aportante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Por minusvalía <input type="checkbox"/> Promotor (sólo planes de empleo)	Fecha validez .....
Nombre .....	NIF/NIE/Do. acreditativo extranjero .....
Dirección .....	Teléfono particular Teléfono móvil E-mail
CP ..... Población .....	
Provincia/País .....	

### Aportaciones del Aportante

Periódicas <input type="checkbox"/>	Importe .....	Fecha efecto 01/...../.....	Periodicidad <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	Revalorización <input type="checkbox"/> Según IPC <input type="checkbox"/> % Fijo acumulativo ..... <input type="checkbox"/> % Fijo lineal ..... <input type="checkbox"/> Sin revalorización
Extraordinarias	Importe .....	Fecha efecto 01/...../.....	<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Domiciliación	
Nº Cuenta bancaria .....	Entidad .....			

### Observaciones

<b>- Es obligatorio adjuntar copia del NIF (partícipe y aportante) - Para los traspasos de Plan, adjuntar carta de traspaso y datos plan de origen</b>	
<input type="checkbox"/> Se adjunta documentación anexa .....	<input type="checkbox"/> Otros .....

La legislación aplicable es la española y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, órgano administrativo del Ministerio de Economía, la autoridad supervisora.  
 La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización y el mantenimiento de la relación contractual. Los datos se incluirán en ficheros automatizados que se destinarán al cumplimiento del contrato y serán tratados de forma confidencial tanto por AXA Pensiones como por aquellos que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, intervengan en la gestión del mismo.  
 El partícipe da su consentimiento expreso a que, en el caso de que el plan hubiera sido mediado por un agente de planes de pensiones vinculado a través de un contrato de agencia con AXA Pensiones, pueda este agente acceder a los datos de carácter personal y económico del partícipe con el único y exclusivo fin de dar cumplimiento a las obligaciones asumidas por ambas partes en el mencionado contrato de agencia, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 11.2.c) de la L.O.P.D.15/1999, de 13 de diciembre. El Partícipe autoriza expresamente que, en caso de solicitud de traspaso, se cedan los datos personales de su Plan de Pensiones a la Entidad de destino que solicitara, por cuenta del mismo, la movilización de su saldo de derechos económicos o consolidados.  
 El solicitante ..... (\*) **autoriza** de manera expresa a que sus datos personales se incorporen al correspondiente fichero de AXA Pensiones, Sociedad Anónima, Entidad Gestora de Fondos de Pensiones (sociedad unipersonal), autorizándola al tratamiento de los mismos para la oferta y contratación de otros productos y servicios de la Sociedad, o de empresas del Grupo al que pertenece, en la forma y con las limitaciones de la L.O.P.D.15/1999, de 13 de diciembre.  
 El cliente queda informado de su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en su caso, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley, pudiendo ejercitar este derecho por escrito mediante carta dirigida al Servicio de Atención Cliente, Avda. Diagonal 575, 08029 Barcelona. A efectos informativos, se designa como responsable del fichero a AXA Pensiones, Sociedad Anónima, Entidad Gestora de Fondos de Pensiones (sociedad unipersonal), con domicilio en la dirección antes indicada.  
 (\*) Escribir No en caso de no prestar consentimiento  
**El Partícipe/Solicitante abajo firmante reconoce haber recibido antes de la suscripción del presente Boletín de Adhesión toda la información requerida en el artículo 101 del Reglamento de Planes y Fondo de Pensiones, cuya naturaleza responde a lo prescrito en el citado Reglamento.**

Lugar y fecha ..... (Esta solicitud no es válida si carece de firma)

En prueba de conformidad y autorización:

Firma Partícipe/Solicitante      Firma Aportante      Firma Agente      Firma Gestora