

PLAN DE PENSIONES - FAPE

- PLAN DE PENSIONES **EXCLUSIVO** para los asociados de la FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE LA PRENSA DE ESPAÑA.
- Está operativo desde el 11 de Junio de 2002.
- Es un Plan de Pensiones del Sistema Asociado que tiene fijada una comisión de gestión y de depósito total conjunta de tan sólo el 1% anual.
- Incorpora la posibilidad de realizar aportaciones destinadas a un seguro complementario para cubrir las contingencias de fallecimiento e invalidez con el beneficioso tratamiento fiscal de los Planes de Pensiones.
- Si usted estuviera interesado en adherirse a este Plan de Pensiones y, en su caso, traspasar el derecho consolidado que tuviera en otro Plan de Pensiones, **cumplimente el Boletín de Adhesión y hágalo llegar a FAPE.**
- Para más información, puede dirigirse directamente a:

Entidad Gestora Santander Central Hispano Pensiones, S.A.

Teléfono 91-342.89.34

BOLETÍN DE ADHESIÓN PLAN DE PENSIONES F.A.P.E.

Rellene y envíe este Boletín a F.A.P.E.

| Datos del Partícipe | | | | | | |
|---|---|-----------------|--|--------------|--------------------------------------|--|
| N.I.F. | Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | | | |
| Fecha de nacimiento | Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Estado Civil | Nº Hijos | Nacionalidad | Código (a cumplimentar por F.A.P.E.) | |
| Domicilio | Nº | | Piso | Puerta | | |
| Población | C.P. | Provincia | Nº teléfono | | | |
| Indicar si el Partícipe se encuentra en una de las siguientes situaciones | | | <input type="checkbox"/> Minusvalía mayor o igual al 65% <input type="checkbox"/> Jubilado o Invalído (en este caso las aportaciones se destinarán a cubrir la contingencia de fallecimiento) | | | |

| Definición del Plan | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|----------------|
| APORTACIÓN PERIÓDICA | | | APORTACIÓN EXTRAORDINARIA | |
| Jubilación/Fallecimiento/Invalidez Importe (1) | Adicional Fallecimiento/Invalidez (2) Importe (3) | Periodicidad de las aportaciones (4) | Importe (5) | Fecha de Cargo |
| DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD | | | | |
| El Asegurado, abajo firmante, declara que: - Su peso no ha aumentado ni disminuido de forma notable últimamente. - No conoce padecer ni haber padecido enfermedades de carácter evolutivo, tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, leucemia, etc. o crónicas. - No está en tratamiento médico ni va a ser hospitalizado próximamente. - No tiene defecto físico que le ocasione disminución funcional. - En los análisis pruebas radiológicas y electros realizados en los dos últimos años no ha manifestado dolencia ni enfermedad alguna. | | | | |
| Observaciones El Partícipe suscribe, en su integridad y por medio de su firma, la Declaración de Estado de Salud, quedando enterado que, cualquier ocultación o falsedad intencionada por su parte, supondrá la pérdida de su derecho a la indemnización en caso de siniestro. | | | | |
| (1) Aportación mínima: 60.000 Pta. anuales (360,61 Euros) o su equivalente fraccionado. (2) Para Prestación adicional definida para caso de fallecimiento o invalidez (prestación asegurada). (3) Aportación mínima: 12.000 Pta. (72,12 Euros anuales; máximo 36.000 Pta./216,36 Euros anuales) | | | (4) Mensual, Trimestral, Semestral o Anual (5) Aportación mínima: 25.000 Pta. (150,25 Euros) | |

| Datos de la Cuenta de Cargo | | | | |
|--|---------|----------------|-----|------------------|
| El titular de la cuenta _____ autoriza a la entidad bancaria cuyo código consta a continuación a que cargue las aportaciones y primas que se solicitan en el presente Boletín en la siguiente cuenta bancaria: | | | | |
| Código Cuenta Cliente (CCC) | Entidad | Código Oficina | D C | Número de Cuenta |
| | | | | |

| Beneficiarios del Plan de Pensiones | |
|---|---|
| En caso de vida (jubilación o invalidez): El propio Partícipe. | |
| En caso de fallecimiento del Partícipe: | |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Cónyuge y en su defecto los hijos |
| <input type="checkbox"/> Herederos legales | <input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos por partes iguales |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificarse nombre completo y N.I.F.) | <input type="checkbox"/> Hijos |
| | <input type="checkbox"/> Padres |
| | <input type="checkbox"/> Hermanos |
| | <input type="checkbox"/> Todos ellos del Partícipe |

| Traspaso de Derecho Consolidado de otra Entidad Gestora | |
|---|------------------|
| D./Dª _____ | con N.I.F. _____ |
| Solicita el traspaso del Derecho Consolidado de su Plan _____ | |
| contrato con la Entidad _____ | |
| al Plan de Pensiones FAPE gestionado por SCH Pensiones _____ | |
| El Partícipe | |

| Tratamiento de Datos de Carácter Personal | |
|--|--|
| A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se pone en conocimiento del Partícipe, lo siguiente: | |
| a) Que los datos de carácter personal facilitados por el Partícipe en este Boletín de Adhesión serán incorporados a ficheros de la Entidad Gestora y de la Compañía Aseguradora, autorizando a éstas su tratamiento automatizado. | |
| b) Que la finalidad de la recogida de estos datos personales es la formalización del Plan de Pensiones solicitado, consistiendo expresamente el Partícipe el tratamiento de los datos relativos a su salud con la finalidad indicada, siendo el destinatario exclusivo de los mismos la Compañía Aseguradora, quién no podrá cederlos a terceros sino con consentimiento previo del interesado y para el mismo fin. | |
| c) Que la cesión de estos datos son de obligado suministro por tratarse de elementos indispensables para la valoración del riesgo y para la efectividad de la relación contractual. | |
| d) Que el Partícipe podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de tales datos mediante escrito dirigido a la Entidad Gestora y a la Compañía Aseguradora, responsables de los ficheros, en el domicilio social, calle Marqués de Villamejor, nº 5 de Madrid. | |
| e) Que, salvo manifestación en contra recogida en el presente Boletín de Adhesión, el Partícipe autoriza a la Entidad Gestora y a la Compañía Aseguradora a ceder sus datos, con exclusión de los relativos a la salud, a las demás Sociedades del Grupo Santander Central Hispano. En el caso de otras cesiones posteriores las partes convienen en que el interesado será informado de ellas, utilizando el medio habitual para el envío de información en relación con el producto que se quiere contratar. | |

El Partícipe conoce y acepta expresamente el apartado referido al Tratamiento de Datos de Carácter Personal, redactado según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

En _____ a _____ de _____ de _____

El Partícipe

El titular de la cuenta
(si es distinto del Partícipe o Aportante)