



NIF/NIE:.....

Cód. Interno:.....

En caso de residencia en otro país con documento de identificación propio:

Nº del documento de identificación del país de residencia:.....

TOMADOR

Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: Nacionalidad:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Sexo:..... Estado Civil:..... Profesión:.....

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

Domicilio fiscal (solo en caso de ser diferente al domicilio particular):

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

En cumplimiento con la Ley 10/2010 de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y financiación del terrorismo, debe facilitar la siguiente información: ¿Desempeña o ha desempeñado en los dos últimos años un cargo público en España (nacional, autonómico o local) o en cualquier otro país, o es familiar o allegado de alguien que lo desempeñe o haya desempeñado? Sí___ No ___. Indicar cargo, organización y país y, en su caso, nombre y apellidos del familiar o allegado:

PLAN BÁSICO

Solicito el reintegro en el siguiente Plan Básico:

- Plan de Seguridad Profesional
- Plan de Previsión Profesional de la Abogacía
- Plus 50
- Plus Familia

PLANES ADICIONALES

Solicito la rehabilitación de los siguientes seguros:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ampliación Jubilación Plan Básico | <input type="checkbox"/> Ampliación Viudedad Plan Básico |
| <input type="checkbox"/> Ampliación Invalidez Plan Básico | <input type="checkbox"/> Capital Diferido |
| <input type="checkbox"/> Renta Diferida | <input type="checkbox"/> Jubirenta 120 |
| <input type="checkbox"/> Plus Salud | <input type="checkbox"/> Jubilink |

BENEFICIARIOS

- Deseo modificar los Beneficiarios** para la cobertura de fallecimiento:
 - Cónyuge e hijos por partes iguales
 - Cónyuge, y en su defecto, los hijos del matrimonio por partes iguales
 - Herederos legales
 - Otros:.....
- No deseo modificar los Beneficiarios** para la cobertura de fallecimiento

