

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Gestión de Previsión y Pensiones, S.A., E.G.F.P.
CL Clara del Rey, 26 Planta Baja
28002 MADRID

PLAN DE PENSIONES DE EMPLEO de BBVA

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PARTÍCIPE	OTROS DATOS IDENTIFICATIVOS
NOMBRE Y APELLIDOS: _____	Nº DE CONTRATO: _____
DOMICILIO: _____	N.I.F.: _____
LOCALIDAD: _____	TELEFONO.: _____
PROVINCIA: _____ C.P. _____	TELEFONO MOVIL (optativo): _____
	CORREO ELECTRÓNICO (optativo): _____

Como **Partícipe** del Plan de Pensiones arriba citado, y de conformidad con el contenido del Acuerdo de Negociación Colectiva de 28/09/2004, de la parte que dicho acuerdo me permite,

En caso de fallecimiento del partícipe, antes de pasar a ser beneficiario del citado Plan por jubilación,

- Colectivos B,D,Epos80,F,G,H,K,M,N,P: Por la parte de prestación generada por los derechos consolidados, los cuales no computan para determinar las prestaciones mínimas garantizadas de viudedad y orfandad.
- Colectivos A,C,Epre80,I,J,L: Por el exceso de derechos consolidados, para el caso de que los derechos consolidados del Plan (menos los derechos consolidados generados por las aportaciones obligatorias y voluntarias del partícipe) sean superiores a la prestación mínima garantizada de viudedad y orfandad.

En caso de fallecimiento en situación de invalidez, dentro de los primeros dos años del periodo previsto para el percibo de la prestación de incapacidad en forma de renta,

- Por la diferencia, si positiva, entre el capital equivalente a la renta de invalidez reversible en el momento del fallecimiento y el capital equivalente a las pensiones de viudedad y orfandad causadas.

Designo beneficiarios de mi Plan de Pensiones a las personas abajo mencionadas, identificadas con su nombre, dos apellidos y el DNI/NIF.

FORMA DE DESIGNACIÓN:

A partes iguales

Por orden preferente y excluyente

Porcentaje

BENEFICIARIOS:

NOMBRE Y APELLIDOS	N.I.F.	%(*)

(*) Indicar % sólo en caso de elegir esta opción.

Les ruego que me devuelvan una copia de estas instrucciones como acuse de recibo

En , a, de de 20__

FIRMA DEL PARTÍCIPE

RECIBI:

Gestión de Previsión y Pensiones, S.A., E.G.F.P.

- * Impreso a remitir POR DUPLICADO a la Entidad Gestora.
- * El solicitante debe acompañar fotocopia del D.N.I. para la comprobación de la firma.