

**Boletín**

- Modificación  
 Aportación Extraordinaria

Fondo de Pensiones: Pensioval VII, F.P.

Número Partícipe
------------------

**Datos del Solicitante**

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	N.I.F.			
Fecha de Nacimiento	Sexo	Profesión	Estado Civil			
Domicilio			Núm	Esc	Piso	Puerta
Código Postal	Población	Provincia	Teléfono			

**Aportación Extraordinaria**

Importe (euros)	Mes de cargo	Día de cargo Día 10 <input type="checkbox"/> Día 20 <input type="checkbox"/> Día 30 <input type="checkbox"/>
-----------------	--------------	---

**Aportación Periódica**

Importe (euros)	Mes de la primera aportación	Día de cargo Día 10 <input type="checkbox"/> Día 20 <input type="checkbox"/> Día 30 <input type="checkbox"/>
Periodicidad de pago Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>		Incremento Sin incremento <input type="checkbox"/> Con incremento acumulado <input type="checkbox"/> ..... % Anual Con incremento lineal <input type="checkbox"/> ..... % Anual

**Beneficiarios en caso de Fallecimiento del partícipe**

Salvo designación expresa serán beneficiarios por orden de preferencia: 1. Cónyuge. 2. Hijos por partes iguales. 3. Padres por partes iguales. 4. Herederos legales.	Designación expresa de beneficiarios: Otros: Orden de prelación <input type="checkbox"/> Partes iguales <input type="checkbox"/> Nombre y Apellidos _____ N.I.F. _____
--	--

**Situaciones Especiales**

<input type="checkbox"/> Suspensión del Plan hasta fecha: .....	<input type="checkbox"/> Rehabilitación del Plan desde fecha: .....
---	---

**Domiciliación**

Entidad	Sucursal	Control	Cuenta de cargo
---------	----------	---------	-----------------

....., a ..... de ..... de .....  
El Solicitante,

Protección de Datos. El Partícipe queda informado de que los datos aquí recogidos son necesarios para la formalización del presente contrato y el mantenimiento de la relación establecida entre las partes. La información de dichos datos y declaraciones son obligatorias, denegándose la formalización del contrato en caso contrario. Asimismo, el Partícipe queda enterado y presta expresamente su consentimiento a la incorporación de sus datos, incluidos los datos de salud, a un fichero de datos de carácter personal, cuyo responsable es Aseguradora Valenciana Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con domicilio en Plaza de la Legión Española nº 8 (46010 Valencia). El Partícipe queda informado de que sus datos serán cedidos a la Entidad Depositaria, cuyos datos se encuentran en el encabezamiento de este documento, para el inicio y desarrollo de la relación contractual. Igualmente, queda informado de que sus datos podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la elaboración de estudios técnicos, estadístico-actuariales y para la prevención del fraude y blanqueo de capitales. El Partícipe consiente que sus datos puedan ser utilizados para el envío de información comercial y publicidad de otros productos y servicios de la Entidad Gestora.  Si usted no desea recibir información comercial o publicidad de la Aseguradora, por favor marque la casilla. El Partícipe consiente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades del sector financiero y/o asegurador para el envío de información comercial y publicidad de los productos y servicios que éstos comercialicen.  Si usted no desea que sus datos sean cedidos para las finalidades indicadas en el párrafo anterior, por favor, marque la casilla. El Partícipe puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición frente al responsable del fichero, mediante escrito dirigido a Aseguradora Valenciana Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Plaza de la Legión Española nº 8 (46010 Valencia) o a la dirección de correo electrónico lpd@aseval.com o personalmente en las oficinas de atención al público que actualmente la Aseguradora tiene a su a su disposición.