

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE		N.I.F.	FECHA NACIMIENTO
DOMICILIO		ESTADO CIVIL	
MUNICIPIO		COD. POSTAL	PROVINCIA
CENTRO TRABAJO		COD. CENTRO	CLAVE PERSONAL
Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO CONTRATO	FECHA FIN PERIODO PRUEBA
E-Mail		MEDIO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO	
		<input type="checkbox"/> Correo Postal	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (*)

Nº Orden	NIF	Apellidos y Nombre	%

(*) Los beneficiarios designados en el presente documento lo serán conforme al orden de prelación establecido en el mismo y les serán reconocidos los derechos económicos que correspondan al porcentaje señalado, cuya suma no podrá exceder del 100 por 100. Si no se indica porcentaje se procederá al reparto de derechos económicos a partes iguales entre todos los designados. Esta designación tiene efectos desde la fecha de su firma y anula cualesquiera otra que, en su caso, se hubiera efectuado con anterioridad. A falta de designación expresa, serán beneficiarios el cónyuge, si existiere, o en su caso la persona unida maritalmente de hecho con el fallecido, los herederos legales a excepción del Estado y, si no existiere ninguno de los anteriores, acrecerá al Plan de Pensiones (Art. 14 del Reglamento de Especificaciones). La designación testamentaria de Beneficiarios sólo será eficaz en caso de resultar de fecha posterior a la efectuada en el presente documento.

EL ABAJO FIRMANTE

Primero.- Mediante la suscripción y firma del presente Boletín DECLARO, bajo mi responsabilidad, que los datos aquí reflejados son ciertos y MANIFIESTO la voluntad de adherirme como Partícipe del Plan de Pensiones de Empleo de Logista S.A., cuyas Especificaciones (Reglamento, Base Técnica y criterios de principios de inversión) AFIRMO CONOCER Y ACEPTAR en todos sus términos y condiciones. Asimismo DECLARO que, sabiendo que legalmente corresponde a la Comisión de Control del Fondo de Pensiones el examen y aprobación de la actuación de la Entidad Gestora del Fondo de Pensiones y la aprobación, seguimiento y control de la política de inversiones que aquella efectúe, OTORGO expreso mandato especial y gratuito a la Comisión de Control para que, en su condición de representante de mis intereses en el Plan y Fondo de Pensiones, ejerza todas sus funciones y competencias sin límite alguno y en los términos que estime adecuados en cada momento y circunstancia, conforme a lo dispuesto en los artículos 1709 y siguientes del Código Civil. Igualmente DECLARO expresamente que acataré las decisiones y acuerdos que adopte, conforme a sus normas de funcionamiento, la Comisión de Control.

Segundo.- Que de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento del Plan de Pensiones, me comprometo a la realización de las aportaciones obligatorias y autorizo a LOGISTA S.A. el descuento de las mismas en mis haberes y su ingreso en el Fondo de Pensiones, así como a soportar las imputaciones fiscales derivadas del Plan de Pensiones.

Tercero.- Mediante la firma del presente Boletín autorizo expresamente a la Comisión de Control del Plan de Pensiones el acceso y tratamiento de cuantos datos personales resulten necesarios para el desarrollo del Plan, incluidas las aportaciones voluntarias y la cesión, por la Entidad Promotora, de cuantos sean precisos y deriven de mi mantenimiento como Partícipe del citado Plan de Pensiones, garantizándose, bajo responsabilidad de la Comisión de Control, la absoluta confidencialidad de todos los datos conocidos por ésta.

Cuarto.- Quedo informado de que los datos personales que se solicitan en este documento, necesarios para la formalización y gestión de esta operación, así como los que se originen como consecuencia de ejecución del mismo, se incorporarán a los ficheros existentes en la Entidad Gestora del Fondo de Pensiones, autorizando a ésta el tratamiento de dichos datos personales para el desarrollo de la propia operación y para la realización, control y gestión de las operaciones derivadas de la misma, así como su conservación durante los plazos previstos en las disposiciones aplicables.

En a de de

RESPONSABLE DEL CENTRO
(fecha y firma)

FIRMA DEL SOLICITANTE