

COMUNICACIÓN DE CONTINGENCIA (MOD. 104)

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE	N.I.F.	FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
DOMICILIO		TELEFONO	
MUNICIPIO	COD. POSTAL	PROVINCIA	

TIPO DE CONTINGENCIA

JUBILACIÓN
 INVALIDEZ
 FALLECIMIENTO
 FECHA DEL HECHO CAUSANTE

DATOS PERSONALES DEL CAUSANTE (solo si es diferente del beneficiario)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE	N.I.F.	CENTRO DE TRABAJO	

El abajo firmante, en cumplimiento de lo dispuesto al efecto por el artículo 44.1 del Reglamento del Plan, mediante el presente documento pone en conocimiento de la Comisión de Control el acaecimiento de la contingencia que se indica, quedando enterado de que, en virtud de lo establecido en el artículo 14.2 del citado Reglamento, su condición en el Plan de Pensiones es la de «asimilado a la condición de Beneficiario», con los derechos, obligaciones y limitaciones que de la misma se derivan.

En a de de

Firma del Beneficiario