



**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