



**SOLICITUD DE APORTACION  
FEELCAPITAL 50 P.P.I.**

Muy Sres. Míos:

Conforme a mis instrucciones recogidas en el presente documento, les ruego procedan a realizar la operación que seguidamente les indico:

**Datos del Participe**

**Nº Participe**

|                                      |
|--------------------------------------|
| Nombre y Apellidos.....              |
| D.N.I.: ..... Domicilio.....         |
| C.P.....Población.....Provincia..... |
| Nacionalidad.....Tlf:.....           |

**Datos del Aportante**

|                                |
|--------------------------------|
| D./Dª.....D.N.I./N.I.F.: ..... |
|--------------------------------|

SOLICITUD APORTACIÓN PERIÓDICA

MODIFICACIÓN APORTACIÓN PERIÓDICA

|   |   |
|---|---|
| Importe   | Fecha inicio  |
| Periodicidad: <input type="checkbox"/> Mensual                | <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual |
| Tipo de crecimiento: <input type="checkbox"/> Sin crecimiento | <input type="checkbox"/> Lineal % <input type="checkbox"/> Acumulativo %                              |
| Periodicidad de crecimiento: <input type="checkbox"/> Anual   | <input type="checkbox"/> BIANUAL <input type="checkbox"/> TRIANUAL                                    |

Las aportaciones anuales no podrán exceder en ningún caso el límite máximo legal vigente.

SUSPENSIÓN APORTACIÓN PERIÓDICA

Fecha efecto:.....

APORTACIÓN EXTRAORDINARIA.

|         |              |
|---------|--------------|
| Importe | Fecha inicio |
|---------|--------------|

Las aportaciones anuales no podrán exceder en ningún caso el límite máximo legal vigente.

**Forma de Pago**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Recibo CCC: Siempre para aportaciones periódicas                                       |
| IBAN ES__ ____/____/____/____<br>Entidad Sucursal D.C. Número de cuenta   |
| <input type="checkbox"/> Transferencia o ingreso <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> O.M.F |
| Fondo de Pensiones: <b>FEELCAPITAL 50 FP</b> - C.C.C.: <b>ES74 0232 0105 00 0024238270</b>                      |

En ....., a ..... de ..... de .....

Firma del Participe

Firma del Familiar Aportante

De conformidad con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, el partcipe o el aportante queda informado, de modo expreso, de la incorporación de los datos personales solicitados a los ficheros automatizados existentes en INVERSEGUROS PENSIONES, S.G.F.P., S.A. Sociedad Unipersonal, pudiendo ser asimismo utilizados, salvo manifestación escrita en contrario, para las finalidades operativas de esta Sociedad Gestora. El partcipe queda igualmente informado sobre la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, mediante solicitud escrita dirigida al domicilio social de la Gestora. El titular de la cuenta autoriza el pago de los recibos, que a nombre del partcipe emita la Gestora, correspondientes al P.P.I. FEELCAPITAL 50.