



## PLAN DE PENSIONES DE EMPLEO DE CORREOS Y TELÉGRAFOS

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS RESUMIDO

#### 1.- ADHESIONES:

##### \* ALTA EN EL PLAN (PARTÍCIPES):

<b>FUNCIONARIOS</b>	<b>LABORALES FIJOS</b>	<b>EVENTUALES</b>
Activo Servicios especiales	Activo	2 años ininterrumpidos del contrato actual

##### \* ASIMILADOS AL ALTA:

Maternidad de la mujer trabajadora y adopción de hijos menores de 5 años.
Cumplimiento del servicio militar, obligatorio o voluntario, o del servicio social sustitutorio.
Suspensión de empleo y sueldo de duración inferior o igual a 3 meses por razones disciplinarias.
Invalidez transitoria e invalidez provisional.
Permiso sin sueldo inferior a un mes.

##### \* PROCEDIMIENTO:

Cumplimentación Boletín de Adhesión, con sello de registro. (Modelo 01)

##### \* EFICACIA SOLICITUDES:

El día 1 del mes siguiente a la aprobación por la Comisión de Control. A partir del 31-07-2001 se incorporarán al Plan el mes de enero siguiente. (Disposición adicional Segunda de nuestro Reglamento).

##### \* APORTACIONES:

APORTACIONES OBLIGATORIAS: 1.500 pts. a descontar de nómina. Desde 1-1-2001 se descontarán 9 €.

##### APORTACIONES VOLUNTARIAS

<b>PERIÓDICAS</b>	<b>EXTRAORDINARIAS</b>
<u>Modelo 01</u> , con sello de registro. En estudio, módulos fijos a descontar de nómina mensualmente.	Personándose en las Oficinas de Nivel Técnico, agentes de Deutsche Bank.

\* SUSPENSIÓN Aportación Periódica: Efectos al mes siguiente a la solicitud.

**2.- PARTICIPES, BENEFICIARIOS Y OTROS:**

**\* MOVILIZACIÓN DERECHOS CONSOLIDADOS:**

Circunstancias habilitantes:

CESE DE LA RELACIÓN LABORAL CON EL PROMOTOR: Traslado a otro Plan

TERMINACIÓN DEL PLAN.

ACAECIMIENTO DE ALGUNA DE LAS CONTINGENCIAS CUBIERTAS.

**\* MOVILIZACIÓN A OTRO PLAN**

El participante facilitará a la Comisión de Control:

Escrito de solicitud de traspaso a otro Plan, con firma y sello de registro, en el plazo de tres meses desde el cese de la relación laboral o terminación del Plan

Certificado de pertenencia al Plan al que desea trasladar sus derechos.

**\* MOVILIZACIÓN DESDE OTRO PLAN A ÉSTE**

El participante facilitará a la Comisión de Control:

Modelo 02 con sello de registro.

Copia del escrito de solicitud de traspaso dirigido al Plan a movilizar

**\* BENEFICIARIOS:**

Acreditación de su calidad de tal, y:

Documentación necesaria para la solicitud de la prestación por fallecimiento

(En caso de que los beneficiarios hayan fallecido, será necesario presentar original del Certificado de defunción y del DNI tanto del propio partícipe como de cada uno de los beneficiarios que acredite su fallecimiento)

Modificación de Beneficiarios:

Modelo 01 con sello de registro.

**\* RECLAMACIONES O MODIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES**

Modelo 01 con sello de registros.

Copia de documentos que estime oportunos.

### 3.- PRESTACIONES

\* Contingencias cubiertas

JUBILACIÓN O SITUACIÓN ASIMILABLE A LA JUBILACIÓN

FALLECIMIENTO (muerte o declaración legal de fallecimiento del partícipe o beneficiario)

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL; INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA; GRAN INVALIDEZ; INCAPACIDAD PERMANENTE.

\* Solicitud: Producida la contingencia, el partícipe envía a la Comisión de Control los siguientes documentos:

JUBILACIÓN	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ
<u>Modelo 01</u>	<u>Modelo 01</u>	<u>Modelo 01</u>
Fotocopia DNI partícipe	Fotocopia DNI de beneficiarios	Fotocopia DNI partícipe
Ejemplar F.15R ó L.12L	Original Certificado defunción partícipe	Ejemplar F.15R ó L.12L
IRPF:RETENCIONES SOBRE RENDIMIENTOS DEL TRABAJO (Comunicación de datos al pagador del partícipe)	IRPF:RETENCIONES SOBRE RENDIMIENTOS DEL TRABAJO (Comunicación de datos al pagador del beneficiario)	IRPF:RETENCIONES SOBRE RENDIMIENTOS DEL TRABAJO (Comunicación de datos al pagador del partícipe)

### 4.- PARTÍCIPES EN SUSPENSO

VOLUNTARIO:

FORZOSO: - EXCEDENCIA

- PERMISO SIN SUELO SUPERIOR A UN MES

- SUSPENSIÓN DISCIPLINARIA DE EMPLEO Y SUELDO SUPERIOR A 3 MESES

- Y, EN GENERAL, CUALQUIER SITUACIÓN DE SUSPENSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL CON CESE EN EL PAGO DE REMUNERACIONES POR EL PROMOTOR (SALVO SUPUESTOS DEL ART. 19, asimilados al alta).

Suspensos Forzosos: Reanudada la relación laboral con el promotor, el afectado deberá solicitar la reincorporación como partícipe de pleno derecho.

**5.- SUPUESTOS EXCEPCIONALES DE LIQUIDEZ**

DESEMPLEO LARGA DURACIÓN DEL PARTICIPE

ENFERMEDAD GRAVE DEL PARTICIPE, SU CONYUGE, ASCENDIENTES O DESCENDIENTES en primer grado de consanguinidad o afinidad o personas que, en régimen de tutela o acogimiento, convivan o dependan del partícipe.

Documentación

Modelo 01, indicando contingencia y forma de cobro.

Fotocopia DNI y NIF por ambas caras, del partícipe y de la persona afectada

IRPF, comunicación de datos al pagador.

Acreditación de enfermedad grave:

a) del partícipe: Certificado médico de los Servicios correspondientes.

b) del resto: Además del certificado médico, acreditación de la relación de parentesco o dependencia con el partícipe.

Junio de 2001



PLAN DE PENSIONES DE EMPLEO DE CORREOS Y TELÉGRAFOS

MODELO 01

1. DATOS DEL PARTICIPE O BENEFICIARIO ( indique lo que proceda)

Participe

Beneficiario\*(Sólo en caso de solicitud de prestación)

APELLIDOS

NOMBRE

N.I.F.

PROVINCIA DESTINO/ CENTRO TRABAJO

FECHA NACIMIENTO

CONDICIÓN LABORAL . (Señalar con una X lo que proceda)

FUNCIONARIO

FUNCIONARIO SERVICIOS ESPECIALES

LABORAL FIJO

LABORAL EVENTUAL

\*Indicar fecha inicio de contrato actual ...../...../.....

DOMICILIO PARTICULAR

POBLACIÓN

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

TELÉFONO DOMICILIO

TELEFONO TRABAJO

2. INDICAR TIPO DE SOLICITUD

-ADHESIÓN AL PLAN DE PENSIONES

-OTRAS: (Señale lo que proceda y especificar en el reverso del impreso)

Solicitud de prestación

Solicitud de pase a partícipe en suspenso

Solicitud de reincorporación como partícipe de pleno derecho

Supuestos excepcionales de liquidez

Modificación de datos personales

Solicitud de aportación voluntaria a través de nómina

3. BENEFICIARIOS

-DESIGNACIÓN INICIAL  CAMBIO DE BENEFICIARIOS

-En caso de Jubilación, Incapacidad permanente total para la profesión habitual o absoluta para todo trabajo y Gran invalidez, o Incapacidad laboral permanente en el caso de funcionarios:

El propio partícipe

-En caso de fallecimiento:

Su cónyuge y en su defecto los hijos del matrimonio por partes iguales

Sus herederos legales

Según se designa a continuación: .....

4. APORACIONES

- OBLIGATORIAS \* Se descontarán 9 € de la nómina.

- VOLUNTARIAS \* Mensuales a través de nómina: 6€  12€  18€  24€  30€

36€  42€  48€  54€  60€  66€  72€  78€  84€  90€  96€

\* Extraordinarias. El interesado podrá efectuar aportaciones extraordinarias dirigiéndose a cualquier oficina de nivel técnico de Correos y Telégrafos (agentes de Deutsche Bank)

**5. INDICAR TIPO DE SOLICITUD**

**5.1- SOLICITUD PRESTACIÓN**

\*Situación que genera la prestación : Jubilación   
Situación asimilable a la jubilación   
Invalidez   
Fallecimiento

\*Modalidad cobro: CAPITAL  RENTA  MIXTA

**5.2- SOLICITUD DE PASE A PARTICIPE EN SUSPENSO**

Le comunico que deseo se suspendan mis aportaciones al Plan de Pensiones de Correos y Telégrafos de acuerdo con el artículo 12 del Reglamento de dicho Plan.

**5.3-SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN COMO PARTICIPE DE PLENO DERECHO**

Encontrándome en la situación de participe en suspenso, le comunico mi deseo de reincorporarme con plenos derechos al Plan de Pensiones.

**5.4- SUPUESTOS EXCEPCIONALES**

Desempleo larga duración del participe   
Enfermedad grave participe, cónyuge, ascendiente o descendientes

Breve reseña de la situación:

**6. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN BANCARIA (Rellenar sólo en los casos que proceda solicitud de prestación y supuestos excepcionales)**

Banco/ Caja.....Dirección Agencia.....  
Población.....C.P.....Provincia.....  
Titular.....  
Cuenta...../...../...../.....

**7. RECLAMACIÓN. (Perteneencia al Plan, Derechos Consolidados o Aportaciones)**

Breve reseña

DB Pensiones, Entidad Gestora de Fondos de Pensiones, S.A. informa a los intervinientes que sus datos serán tratados automatizadamente para la valoración, desarrollo, cumplimiento y control de la solicitud/contrato, análisis y asignación de perfiles y hábitos de consumo para acciones comerciales, y al que tendrán acceso los agentes y colaboradores que en su caso pudieran intervenir con la misma finalidad. Igualmente podrán ser comunicados o interconectados con ficheros de terceras empresas que intervengan en la operativa necesaria en el desarrollo, cumplimiento y control de la relación con esta finalidad. Los destinatarios de los datos son las empresas citadas en el presente documento. Estos datos resultan necesarios para la tramitación de la solicitud, caso de no suministrarlos, nos será imposible realizar la gestión de la misma.

Los intervinientes podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales dirigiéndose a DB Pensiones, Sociedad Gestora de Fondos de Pensiones, S.A., en la siguiente dirección: Avda. Diagonal 446 (08006 Barcelona).

Mediante la firma de este documento los intervinientes consienten los tratamientos anteriormente indicados y la cesión e interconexión de sus datos con las Entidades del Grupo Deutsche Bank, casa matriz, cuyas actividades consisten en servicios financieros, intermediación y agencia financiera, renting, asesoramiento y gestión de activos financieros, gestión de fondos de inversión y de pensiones y administración de cartera, actividades de intermediación y asesoramiento inmobiliario, seguros y correduría de seguros, con fines de análisis y asignación de perfiles y hábitos de consumo para acciones comerciales y la realización de estudios de rentabilidad global por cliente.

Los intervinientes prestan su consentimiento expreso a los tratamientos y finalidades anteriormente mencionados así como para el mantenimiento de los mismos con fines de marketing, envíos publicitarios y comunicación de sus datos a las empresas del grupo Deutsche Bank una vez finalizada la relación entre la Aseguradora y el titular en tanto no comunique su oposición a los mismos.

Los intervinientes aceptan como suficientes los métodos de identificación que la empresa utilizará para el acceso a la gestión a distancia de la relación. El método en todo caso requerirá el conocimiento de datos identificativos de difícil o imposible conocimiento por terceros y la grabación de la conversación a efectos de constancia de la misma.

Los intervinientes se comprometen a comunicar por escrito la modificación que se produzca en los datos aportados, autorizando igualmente el acceso y comunicación a las empresas que componen el grupo Deutsche Bank y casa matriz de las modificaciones de datos que realice el titular a una de ellas para la correcta y eficaz gestión de dicha información en relación con los productos y servicios que contrate o autorice en las diferentes empresas que componen el grupo Deutsche Bank.

Asimismo, los datos comunicados al formalizar su adhesión al plan de pensiones de empleo se incorporan a un fichero automatizado titularidad de Correos y Telégrafos, cuya finalidad es la gestión del citado plan, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la dicha Ley dirigiéndose a la Sub. de Relaciones Laborales de la Sociedad Estatal Correos y Tel., S.A., Via Dublín nº 7, 28070-Madrid.

Firma del participe

Lugar y Fecha



## PLAN DE PENSIONES DE EMPLEO CORREOS Y TELÉGRAFOS

MODELO 02

### SOLICITUD DE TRASPASO DESDE OTRO PLAN

#### 1. DATOS DEL PARTICIPE

APELLIDOS	NOMBRE	N.I.F
_____		
PROVINCIA DESTINO/ CENTRO TRABAJO	FECHA NACIMIENTO	
_____		
DOMICILIO PARTICULAR		
_____		
POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA
_____		
TELEFONO DOMICILIO	TELEFONO TRABAJO	
_____		

#### 2.- SOLICITUD DE TRASPASO DESDE OTRO PLAN DE PENSIONES

Como titular del plan de Pensiones:

\_\_\_\_\_

he solicitado, movilizar los derechos consolidados al Plan de pensiones de Correos y Telégrafos.

Le solicito autorice dicha movilización y proporcione a la Entidad Gestora, certificado de pertenencia al Plan de Pensiones de Correos y Telégrafos, así como datos bancarios para realizar la oportuna transferencia.

Firma del partícipe y fecha:

**COMISIÓN DE CONTROL DEL PLAN DE PENSIONES DEL SISTEMA DE EMPLEO DE CORREOS  
Y TELÉGRAFOS ( SUBDIRECCIÓN DE RR.II.)**

**PLAN DE PENSIONES DE EMPLEO CORREOS Y  
TELÉGRAFOS****CARTA A LA ENTIDAD GESTORA DEL PLAN A MOVILIZAR**

I.DATOS DEL PARTICIPE N° PARTICIPE.....

APELLIDOS	NOMBRE	N.I.F
_____		
PROVINCIA DESTINO/ CENTRO TRABAJO	FECHA NACIMIENTO	
_____		
DOMICILIO PARTICULAR		
_____		
POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA
_____		
TELEFONO DOMICILIO	TELEFONO TRABAJO	
_____		

ASUNTO: TRASPASO DE DERECHOS CONSOLIDADOS DESDE OTRO PLAN DE PENSIONES

Como titular del plan de Pensiones:

\_\_\_\_\_

Ruego que por la presente tengan la amabilidad de proceder a realizar el traspaso de la totalidad de los Derechos Consolidados que como partícipe me corresponden al Plan de Pensiones de Empleo de Correos y Telégrafos.

A los efectos oportunos, acompaño escrito de la Entidad Gestora de DB Previsión 9, FP, donde está integrado el citado plan, aceptando la transferencia de los Derechos Consolidados que solicito.

En la confianza de que atenderán mi petición, aprovecho la oportunidad para saludarles muy atentamente.

Firma del partícipe y fecha:

**ENTIDAD GESTORA DEL PLAN**  
.....





## PLAN DE PENSIONES DE EMPLEO CORREOS Y TELÉGRAFOS

### CARTA A LA ENTIDAD GESTORA DEL PLAN DE PENSIONES

#### I. DATOS DEL PARTICIPE

APELLIDOS	NOMBRE	N.I.F
PROVINCIA DESTINO/ CENTRO TRABAJO		FECHA NACIMIENTO
DOMICILIO PARTICULAR		
POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA
TELEFONO DOMICILIO	TELEFONO TRABAJO	

#### ASUNTO: SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE PERTENENCIA

Como adherido al Plan de Pensiones del Sistema de Empleo de Correos y Telégrafos, ruego que por la presente tengan la amabilidad de proceder a remitir copia del CERTIFICADO DE PERTENENCIA al mismo.

A los efectos oportunos, acompaño fotocopia del boletín de adhesión.

En la confianza de que atenderán mi petición, aprovecho la oportunidad para saludarles muy atentamente.

Firma del partícipe y fecha:

**ENTIDAD GESTORA DEL PLAN DE PENSIONES DEL SISTEMA DE EMPLEO DE CORREOS Y  
TELÉGRAFOS.**

