

DATOS DEL TOMADOR/PARTÍCIPE

Nombre: _____ Apellidos: _____ N.I.F.: _____
 Nacionalidad: _____ Domicilio: _____
 Provincia: _____ Localidad: _____ C.Postal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Teléfono: _____ Móvil: _____ Correo Electrónico: _____
 Profesión: _____ Actividad que desarrolla: _____ Minusválido*: SI NO

Es necesario adjuntar fotocopia de DNI.

* En caso afirmativo será necesario adjuntar certificado de minusvalía.

BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO

Fecha de efecto: _____

APORTACIONES

Deseo adherirme al plan de pensiones

- FONDOMUTUA PENSIONES UNO FP EDM PENSIONES RENTA FIJA PP. **ES29 0038 5777 1800 1608 8383**
 FONDOMUTUA PENSIONES DOS FP EDM PENSIONES RENTA VARIABLE PP. **ES34 0038 5777 1600 1608 8391**

Datos del aportante

Realiza la aportación: Tomador / Partícipe El cónyuge Otros (marcar solo en caso de aportaciones a favor de minusválido)
 Nombre y apellidos: _____ N.I.F.: _____

Aportación puntual (Importe mínimo de aportación 20€)

Talón nominativo a favor del plan Transferencia Importe: _____ €

Aportación periódica (Importe mínimo de aportación 20€)

Importe: _____ € Periodicidad: MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL

Si desea aumentar su aportación cada año indique el porcentaje de incremento: 3% 4% 5% Otro _____ %

Si desea además realizar una aportación extraordinaria inicial indique el importe: _____ €

Domiciliación bancaria (cumplimentar al dorso orden SEPA)

TRASPASO DE DERECHOS (Todos estos datos los puede consultar en su extracto trimestral) (solo rellenar en caso de traspaso)

Solicito el traspaso que les indico al plan anteriormente señalado.

Nº de póliza/partícipe _____

Nombre del PPA o Plan de Pensiones _____

Nombre del Fondo de Pensiones _____

Nombre de la Gestora / Aseguradora: _____

Tipo de traspaso:

- Total Consolidados
 Parcial: indicar importe _____ € Económicos

Compartimento: Aportaciones anteriores a 1/1/2007 Aportaciones posteriores a 1/1/2007 Todas las aportaciones realizadas

¿Cómo nos ha conocido? _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Por la presente autorizo a Mutuactivos Pensiones, S.A.U., S.G.F.P., para que en mi nombre, proceda a solicitar la movilización desde el Plan de origen, en la cuantía y forma indicados.

Firma del partícipe / tomador

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

LE EXPLICAMOS CÓMO TRATAREMOS SUS DATOS. ES IMPORTANTE QUE LO LEA.

Información básica:

¿QUIÉNES SON LOS RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO?

- Mutuactivos Pensiones, S.A.U., S.G.F.P. (en adelante, Mutuactivos Pensiones)

¿PARA QUÉ FINALIDADES USAREMOS SUS DATOS?

- Para gestionar sus planes de pensiones de Mutuactivos Pensiones, así como enviarle comunicaciones no comerciales para gestionar su relación con nosotros.
- Para personalizar su experiencia como cliente.
- Para ofrecerle productos y servicios propios, de las empresas del Grupo Mutua y terceros personalizados para usted.
- Para comunicar sus datos a sociedades del Grupo Mutua para que le ofrezcan productos y servicios propios adaptados a usted.
- Para la mejora de nuestros productos y servicios, presentes y futuros.

¿A QUIÉN SE VAN A COMUNICAR SUS DATOS?

No se van a ceder sus datos a terceros, salvo obligación legal o interés legítimo.

Únicamente si usted nos autoriza, los comunicaremos a las empresas del Grupo Mutua para las finalidades que le explicamos en la “información adicional”.

BASE LEGAL POR LA QUE TRATAMOS SUS DATOS

- Los productos y servicios que solicita y contrata.
- En cumplimiento de la Ley.
- El interés legítimo de MM.

CUÁLES SON SUS DERECHOS

Usted es el propietario de sus datos y usted decide sobre ellos, por ello, en cualquier momento puede acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como otros derechos que le explicamos en la “información adicional”.

PUEDA CONSULTAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL Y DETALLADA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS EN LA WEB: WWW.MUTUA.ES

A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR

Referencia de la orden de domiciliación: aportación plan de pensiones

CIF del acreedor: _____, Fondo de Pensiones.

Nombre del acreedor: _____, Fondo de Pensiones.

Dirección: Paseo de la Castellana, 33 Código Postal: 28046 Población: Madrid País: España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nombre del deudor/es: _____

Dirección del deudor: _____ Código Postal: _____

Población: _____ Provincia: _____ País: _____

Swift BIC

Número de cuenta

IBAN / Cuenta _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma del deudor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.