

### 1.- Datos del Solicitante

Nombre y apellidos (Escribir en letras mayúsculas)

Nif (adjuntar fotocopia)

Fecha de nacimiento

Hombre

Mujer

Estado civil

Domicilio

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono Fijo

Teléfono Móvil

E-mail

Nº Mutualista

Nº Colegiado

Colegiado En

¿Es usted familiar de algún mutualista? En caso afirmativo, indíquenos el nombre y apellidos y grado de parentesco.

Indique si actualmente se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

 Jubilación

 Dependencia Severa o Gran dependencia

 Enfermedad Grave

 Desempleo

### 2.- Beneficiarios en caso de fallecimiento

Nombre y apellidos	NIF	Parentesco	Fecha nacimiento	% Prestación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En caso de fallecimiento del Asegurado, de no existir designación expresa de beneficiarios, lo serán por el siguiente orden de prelación preferente y excluyente: 1º Cónyuge y descendientes del Asegurado, 2º Ascendientes del Asegurado y 3º Herederos Legales.

 Solicitud nueva alta

 Solicitud Movilización

 Aportación Extraordinaria

 Modificación de datos

### 4.- Se acoge a la campaña 2017 (siempre que cumpla las condiciones de acceso)

**Se acoge a la campaña 2017**
 SI  NO

### Aportación periódica y forma de pago

 Importe  €

Periodicidad

 Mensual

 Trimestral

 Semestral

 Anual

Revalorización

 IPC

 Otro,

Indique cual

#### Forma de Pago

- Domiciliación bancaria: El tomador y deudor de esta póliza, una vez firmada dicha solicitud, autoriza a Mupiti a que adeude en dicha cuenta bancaria, el importe relativo a dicha póliza contraída, con la periodicidad que corresponda, así como otros cargos relacionados con la misma. Del mismo modo, también autoriza a la entidad bancaria colaboradora de Mupiti a efectuar los adeudos oportunos en la cuenta indicada, siguiendo las instrucciones de Mupiti

Nombre y apellidos del titular de la cuenta (Escribir en letras mayúsculas)

Nif



IBAN

Entidad

Oficina

DC

Cuenta

ES






Firma del Titular de la cuenta

### Aportación extraordinaria y forma de pago

 Importe  €

**Extraordinaria**
 Aportación a un nuevo contrato PPA

 Aportación a su contrato ya existente

#### Forma de Pago

- Ingreso en efectivo o transferencia bancaria a la cuenta de MUPITI, número ES15 - 2100 - 8646 - 92 - 0200033399

- Cargo en cuenta bancaria.

Nombre y apellidos del titular de la cuenta (Escribir en letras mayúsculas)

Nif



IBAN

Entidad

Oficina

DC

Cuenta

ES






Firma del Titular de la cuenta



## Orden de Movilización al Plan de Previsión Asegurado de Mupiti

Muy Sres. míos:

Como consecuencia de haberme dado de alta en el **Plan de Previsión Asegurado de Mupiti**, les ruego se sirvan movilizar el valor del saldo consolidado del Plan de Previsión Asegurado o Plan de Pensiones reseñado a continuación (Origen) y que contraté con Vds., al nuevo Plan de Previsión Asegurado de Mupiti que más abajo se indica (Destino)

Asimismo, aprovecho esta oportunidad para solicitarles que, a partir de esta fecha, no me sea pasado al cobro ningún recibo más como aportación al PPA o PP antes indicado gestionado por Vds.

Agradeciendo de antemano su atención, les saludo atentamente.

### Datos del Plan y Entidad Gestora de Origen:

Entidad Gestora:	<input type="text"/>		
CIF:	<input type="text"/>		
Domicilio:	<input type="text"/>		
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>
Nombre del Fondo:	<input type="text"/>		
Nombre del PPA/PP:	<input type="text"/>		
Nombre Comercial del PPA/PP:	<input type="text"/>		
Nº de Partícipe/Tomador:	<input type="text"/>		
<b>Tipo de Movilización:</b>			
Importe o Porcentaje _____			
<input type="checkbox"/> Total			
<input type="checkbox"/> Parcial, las participaciones a movilizar se realizarán sobre:			
<input type="radio"/> Aportaciones anteriores al 2007		<input type="radio"/> Aportaciones posteriores al 2007	
<input type="radio"/> Ambas			

No será necesario cumplimentar estos apartados si se adjunta fotocopia de documento del plan de pensiones o ppa de origen, donde conste esta información.

### Datos de la Entidad aseguradora del PPA Destino:

Entidad Aseguradora:	<b>Mutualidad de Previsión Social de Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales a prima fija (P1703)</b>				
CIF:	<b>V-28418838</b>				
Domicilio:	<b>C/ Orense, 16, Primera Planta</b>	Provincia:	<b>Madrid</b>	C.P.:	<b>28020</b>
Teléfono:	<b>91. 399. 31. 55</b>	Fax:	<b>91. 399. 31. 55</b>	E-mail:	<b>secretari@mupiti.com</b>
Nombre Comercial del PPA/PPI:	<b>Mutualidad de Previsión Social de Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales a prima fija (NPPA)</b>				
CCC:	<b>ES15-2100-8646-92-0200033399</b>				

Fecha de solicitud

Firma del solicitante



La persona a asegurar, solicita a Mupiti el alta en el seguro, de acuerdo con los datos de esta solicitud, y acepta que el seguro entrará en vigor una vez el Asegurador acepta el alta y se haya pagado el recibo de prima. El firmante, declara que la información facilitada es cierta, incluida la relativa a la edad, y relación de parentesco, y se somete a lo establecido en los Estatutos y Reglamentos de Mupiti. En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, Mupiti le informa de que los datos personales que aporta, junto a los obtenidos durante la vigencia del contrato en su condición de Mutualista, serán incluidos en nuestros ficheros de datos de carácter personal para la gestión de los productos y servicios contratados, gestionar las relaciones con el mutualista, así como las coberturas y prestaciones que correspondan a otros. Asimismo, y salvo que indique lo contrario, marcando esta casilla  , sus datos serán almacenados en el sistema y usados para informarle puntualmente de productos y ofertas de MUPITI, así como si no marca esta casilla  sus datos podrán ser usados para remitirle información de las compañías médicas y aseguradoras con las que MUPITI tiene relación. La información que aparece de terceras personas, tendrá el mismo tratamiento de protección de datos que los demás datos, así como se entiende que usted tiene el consentimiento de éstos para incorporar sus datos en la solicitud. Por último, ante requerimiento de las Administraciones Públicas, estamos obligados a transmitir la información que ellos nos precisen. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, enviando un escrito a Mupiti - Calle Orense, 16 1ª Planta . 28020 Madrid o por email a reclamaciones@mupiti.com