



## ORDEN DE MOVILIZACIÓN AL PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO DE AUTORES Y EDITORES

Por el presente autorizo a Mutuality de Previsión Social de Autores y Editores, receptora del traspaso, para que solicite a la entidad emisora del traspaso la realización de la operación. Asimismo, autorizo a la entidad de origen a que se cedan a Mutuality de Previsión Social de Autores y Editores los datos personales que, como participe/asegurado del Plan \_\_\_\_\_ obren en su poder. De igual forma, autorizo a la entidad de origen para que ejecute la movilización del saldo de derechos consolidados o económicos y toda la información financiera y fiscal que sea necesaria

### ENTIDAD EMISORA DEL TRASPASO

ENTIDAD/PLAN \_\_\_\_\_ CIF \_\_\_\_\_ REG. DGS \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PARTICIPE / ASEGURADO

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

N.I.F: \_\_\_\_\_ Código partícipe: \_\_\_\_\_

Solicito la movilización de los Derechos Consolidados/económicos en el \_\_\_\_\_  
cuyos datos se indican más arriba, al Plan de Previsión Asegurado de Autores y Editores.

Traspaso Parcial :  Importe en euros:

Traspaso Total :

**Firma Partícipe/Asegurado solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



### ENTIDAD RECEPTORA DEL TRASPASO

Entidad: MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL DE AUTORES Y EDITORES  
Domicilio: BARBARA DE BRAGANZA,Nº7 Población: MADRID Código Postal: 28004 CIF: G28241834  
Tfno.: 915036841 – fax 915036843 E-MAIL: [mae@mail.sgae.es](mailto:mae@mail.sgae.es)  
Código: DGSFP: P0244

### DATOS DEL PLAN RECEPTOR DEL TRASPASO

PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO DE AUTORES Y EDITORES  
Código Producto: \_\_\_\_\_ Código Cuenta Contrato: **ES77 0075 1586 9006 0445 3948**

CERTIFICAMOS QUE EL SOLICITANTE DEL PRESENTE TRASPASO ES ASEGURADO DEL PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO DE AUTORES Y EDITORES CON NUMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Por la Mutuality