



Mediador:

\_\_\_\_\_

Gestor (en caso de que existiese):

\_\_\_\_\_

### Datos del Tomador / Partícipe / Beneficiario

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

NIF/NIE \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Trabaja por  cuenta ajena  cuenta propia

En calidad de Tomador/ Partícipe / Beneficiario, autorizo a Avanza Previsión para que proceda en mi nombre a solicitar la movilización de los derechos consolidados de la entidad de origen, cuyos datos aporto a continuación.

### Datos del plan y entidad de origen

Entidad Gestora / Entidad Aseguradora

\_\_\_\_\_

CIF \_\_\_\_\_

Nombre del PPA Origen / Fondo Origen

\_\_\_\_\_

Nombre Comercial del Plan de Pensiones

Número de Partícipe / Beneficiario

\_\_\_\_\_

### Datos de la entidad de destino

Entidad Aseguradora: Avanza Previsión S.A. N.I.F. A01649037

Domicilio: C/ Villanueva, 11 - 28001 Madrid

Nombre comercial: Plan de Previsión Asegurado de Avanza Previsión

A cumplimentar por Avanza Previsión:

Nº de póliza PPA: \_\_\_\_\_ Movilización de apertura:  Sí  No

