



RESTABLECER FORMULARIO

ENVIAR POR EMAIL

IMPRIMIR

SOLICITUD DE ALTA MUPOL VIDA

DATOS DEL MUTUALISTA SOLICITANTE

APELLIDOS:				NOMBRE:				
DNI:		TELF.:		MÓVIL:				
EMAIL:			DOMICILIO:					
CP:	LOCALIDAD:			PROVINCIA:				
F. NACIMIENTO:		SEXO:	H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	PROFESIÓN:			
DESTINO ACTUAL:								
Gestión <input type="checkbox"/>		Operativo/Extranjería <input type="checkbox"/>		Radiopatrullas/Gor. <input type="checkbox"/>		Escoltas/UPR/UIP <input type="checkbox"/>		
Geo/Goes/TEDAX <input type="checkbox"/>								
Marcar con X la situación en que se encuentra el Mutualista :	CNP <input type="checkbox"/>	DGP <input type="checkbox"/>	CÓNYUGE <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	CONVIVENCIA <input type="checkbox"/>	VIUD.MUTUALISTA <input type="checkbox"/>	EMPLEADOS <input type="checkbox"/>	ASCEND/DESC. <input type="checkbox"/>

MUPOL VIDA

Fallecimiento por cualquier causa		*CAPITAL: _____ € *Máximo 100.000€ - Mínimo 10.000€	
-----------------------------------	--	--	--

* El importe del capital no podrá superar la cantidad de 300.000 euros incluidos.
La prima se devengará y liquidará mensualmente y se actualizará según la edad del mutualista y el capital asegurado.

BENEFICIARIOS en caso de fallecimiento del mutualista: serán las mismas personas que el mutualista designe como Beneficiarios de la prestación de fallecimiento, en esta solicitud.

N.º ORDEN	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	F. NACIMIENTO	% REPARTO

DATOS BANCARIOS – Pago mensual

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorizo a la Mutualidad de Previsión Social de la Policía a cargar en mi cuenta corriente el importe de la primal por **MUPOL VIDA**.

_____ a ____ de _____ de 20____
Lugar, fecha y firma del mutualista solicitante

CONDICIÓN PARA LA SOLICITUD DE MUPOL VIDA: El límite de edad para solicitar MUPOL VIDA es de 64 años. Validez de la cobertura hasta los 70 años.
DEBER DE DECLARACIÓN: El solicitante tiene el deber, antes de la formalización de MUPOL VIDA, de declarar, de acuerdo con el cuestionario a que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Los datos que se recogen en este impreso son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para formalizar y mantener la relación estatutaria. La ocultación de la causa determinante de la prestación liberará a la Mutualidad de Previsión Social de la Policía del abono de la misma.
PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, Mutualidad de Previsión Social de la Policía, en adelante MUPOL, con domicilio social en Calle Ferrocarril, 18-4ª PIt.- 28045 - Madrid, email: lopd@mupol.es, le informa: los datos aportados en esta Solicitud, así como en la documentación que pueda adjuntarse, serán tratados con la finalidad de atender su solicitud de contratación de MUPOL VIDA, así como el envío, a través de cualquier medio, incluidos medios electrónicos, de información relativa a la relación mutua existente entre MUPOL y el solicitante. El plazo de conservación de los datos estará determinado por el tiempo necesario para atender su solicitud, por el periodo de duración del seguro que en su caso contrate y la duración de las prestaciones otorgadas al amparo del mismo, así como por los plazos de prescripción aplicables a cualesquiera acciones que pudieran derivarse de dicha relación. Los datos de salud aportados en esta Solicitud son facilitados por los interesados con la finalidad de poder efectuar la valoración del riesgo y la mejora de las coberturas o, en su caso, solicitar la ejecución de la prestación consintiendo el tratamiento de estos. Los datos aportados en esta Solicitud, así como la documentación adicional, son necesarios para poder atender su solicitud. La falta de estos podrá motivar que su solicitud no pueda ser atendida.

Igualmente, los datos se comunicarán a las Administraciones públicas para el cumplimiento de las obligaciones legales. Los datos podrán ser cedidos a las entidades que Usted nos señala en este formulario para la gestión de cobros y pagos y a los prestadores de servicios necesarios para gestionar la correcta ejecución de la mejora de la prestación de fallecimiento que solicita.

- ¿Consiente el uso de sus datos por parte de MUPOL y/o de sociedades pertenecientes a la Entidad, de terceras empresas y entidades colaboradoras del sector asegurador (en este caso, excluyendo sus datos de salud) para recibir ofertas, servicios, publicidad, incluyendo la realización de encuestas de calidad y satisfacción y programas de fidelización de los mutualistas u otros análogos, a través de cualquier canal, incluyendo medios electrónicos? Dicho consentimiento, en caso de proporcionarlo, será revocable en cualquier momento. SI NO

Por último, Usted podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Portabilidad, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar sus derechos deberá presentar un escrito dirigido a MUPOL en la dirección postal con domicilio social en Calle Ferrocarril, 18-4ª-28045-Madrid o correo electrónico: lopd@mupol.es Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En todo caso, usted tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos cuando no haya tenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos. En nuestra Web www.mupol.es puede consultar nuestra Política de Privacidad con mayor amplitud.

He leído y acepto .

_____ a ____ de _____ de 20____
Lugar, fecha y firma del mutualista solicitante



DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE

Peso: _____ Kg: _____ Estatura: _____ cms.

1.- ¿Padece o ha sido diagnosticado de: cáncer, enfermedades cardíacas, vasculares, digestivas, respiratorias, hepáticas, renales, neurológicas, de la sangre, huesos, músculos, tendones, de la mama o aparato genital, ¿o es seropositivo al virus V.I.H.?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo detallar la información e, indicar si sigue en tratamiento y en caso negativo cuanto tiempo hace desde la finalización del mismo:		
2.- Durante los últimos 5 años: ¿Ha sido atendido alguna vez en un hospital o centro sanitario, o está pendiente de hacerlo para algún diagnóstico o tratamiento, ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o tiene previsto hacerlo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, detallar:		
3.- ¿Tiene reconocida alguna minusvalía o incapacidad o está en proceso de valoración?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, detallar:		
4.- ¿Consume medicamentos de forma regular para el control de la tensión arterial o por otra enfermedad?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, detallar:		
5.- ¿Fuma habitualmente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas o algún tipo de droga?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, detallar:		
6.- ¿Ha padecido en los últimos cinco años o padece alguna enfermedad psiquiátrica/psicológica: ansiedad, depresión, estrés, neurosis, intentos de suicidio o cualquier otra?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, detallar:		
Solo para miembros de la Policía Nacional		
7.- ¿Desarrolla su actividad policial fuera de las dependencias policiales?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, contestar la pregunta 8		
8.- Indicar en que cuerpo desarrolla su actividad: Operativos, Patrullas (Zs), UIP, GOES, GEO:		

Es importante responder a estas preguntas de manera veraz y completa. La Mutualidad utilizará esta información para evaluar el riesgo y establecer las condiciones y la prima del seguro de vida. Recuerde que cualquier declaración inexacta u omisión relevante en el cuestionario de salud puede afectar la validez del contrato. El mutualista se compromete a informar a la Mutualidad de cualquier cambio en su estado de salud, ocupación o actividades que puedan agravar el riesgo cubierto por la póliza.

_____ a ___ de _____ de 20____
Lugar, fecha y firma del mutualista solicitante

La presente Solicitud de MUPOL VIDA, caso de ser aceptada por la Mutualidad de Previsión Social de la Policía (MUPOL confiere condición de mutualista al suscriptor. En consecuencia, el Solicitante puede encontrar en los Estatutos sociales de la Mutualidad y en el certificado de cobertura o en su caso en el Reglamento de Mupol Vida los datos que precise conocer sobre la legislación aplicable, la Mutualidad y su órgano de control administrativo, las instancias de reclamación, la cláusula de protección de datos y demás aspectos relacionados con la prestación de fallecimiento.