



# SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

(Solo en caso de que el mutualista esté inhabilitado para toda profesión u oficio)

## DATOS PERSONALES DEL MUTUALISTA:

APELLIDOS:		NOMBRE:	
DNI:	TELF.:	MÓVIL:	F. NACIMIENTO:
DOMICILIO:			CP:
LOCALIDAD Y PROVINCIA:		EMAIL:	

## INVALIDEZ QUE PADECE (indicar lo que proceda):

CAUSAS (macar con X):	ENFERMEDAD	ACCIDENTE (solo si es posterior a 30/06/2002)
FECHA EN QUE SE PRODUJO:	CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD (según equipo de Valoración o Tribunal Médico):	

DATOS BANCARIOS – NÚMERO DE CUENTA:	IBAN	ES						
-------------------------------------	------	----	--	--	--	--	--	--

Padeciendo el mutualista, cuyos datos quedan reseñados, la Invalidez que indica, solicita la PRESTACIÓN a la que hay lugar por esta causa, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento del PLAN DE PREVISIÓN MUTUAL.

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos RGPD (UE) 2016/679, Mutualidad de Previsión Social de la Policía, en adelante MUPOL, con domicilio social en Calle Ferrocarril, 18-4ª Pl.- 28045 - Madrid, email: [lopd@mupol.es](mailto: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 en MUPOL, así como el envío, a través de cualquier medio incluidos medios electrónicos, de información relativa a la relación contractual existente entre MUPOL y el solicitante. El plazo de conservación de los datos estará determinado por el tiempo necesario para atender su solicitud. 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 contratación de las coberturas o, en su caso, solicitar la ejecución de la prestación contratada consintiendo el tratamiento de estos. Los datos aportados en este formulario, 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 del contrato.

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 o correo electrónico señalados en este apartado. 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](http://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 solicitante)

# INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

## 1.-MODO DE COMUNICACIÓN Y ENVÍO:

- a) Cumplimentar y descargar la presente solicitud y, una vez firmada, presentarla directamente en la sede de MUPOL o enviarlo por correo postal al domicilio social de la misma: Calle Ferrocarril núm. 18 - 4ª Planta, 28045 – MADRID.
- b) Cumplimentar la presente solicitud y remitirla por correo electrónico al domicilio MUPOL, utilizando el botón: "Enviar por Email" que se encuentra incrustado en la propia solicitud. En este caso, es necesario cumplimentar los campos obligatorios y disponer de firma electrónica reconocida.

## 2.- DOCUMENTOS A APORTAR:

1. Fotocopia del DNI del solicitante.
2. Resolución en la que se acuerde la Jubilación por Invalidez.
3. Dictamen de la Unidad de Valoración del Tribunal Médico Calificador competente.
4. En caso de que la invalidez derive de un accidente ocurrido con posterioridad al 30 de junio de 2002, deberá acreditarlo con fotocopia de las diligencias del juzgado que conozca del suceso o del atestado de intervención de la Policía o Guardia Civil.
5. Acreditación de la titularidad de la cuenta bancaria indicada en esta solicitud.

MUPOL se reserva el derecho de solicitar cualquier documentación complementaria que estime oportuna en la averiguación del derecho a la prestación.

## 3.- RECLAMACIONES Y QUEJAS:

MUPOL, al amparo de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema financiero; del Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros y de la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el Defensor del Cliente de las entidades financieras, cuenta con un Servicio de Atención al Mutualista SAM - [sam@mupol.es](mailto:sam@mupol.es) - ante el que podrán interponerse cuantas reclamaciones y quejas estén relacionadas con la actividad de previsión social de MUPOL, tanto por los mutualistas y/o sus beneficiarios, como por terceros perjudicados, cuyo Reglamento íntegro está a disposición y podrá consultarse por los interesados en la Web de la Entidad [www.mupol.es](http://www.mupol.es)

Las reclamaciones o quejas presentadas serán resueltas por el SAM en el plazo de dos meses contados desde la presentación ante el mismo, siendo condición previa antes de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en Paseo de la Castellana, 44 de Madrid, al que podrán dirigirse en caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento o una vez transcurrido dicho plazo sin haber obtenido contestación al respecto.