



SOLICITUD DE CAMBIOS EN MUPOL PLUS

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

HAGO CONSTAR LOS SIGUIENTES CAMBIOS

Marcar con X la opción que corresponda:

CAMBIO DE CAPITAL <input type="checkbox"/>	REANUDACIÓN DEL PAGO DE PRIMA <input type="checkbox"/>	SUSPENSIÓN DE PRIMA <input type="checkbox"/>
--	--	--

Si ha marcado "Cambio de Capital":

ELIGE TU CAPITAL	
€	<input type="text"/>

*Máximo 100.000€ de Capital – Mínimo 10.000€

FORMA DE PAGO

Domiciliación de adeudo (indicar código IBAN)

*Recuerde que debe adjuntar Orden de Domiciliación de Adeudo

IBAN	ES	<input type="text"/>					
------	----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE:

(Si es "Reanudación del Pago de Prima" después de seis meses de suspensión)

Peso: _____ Kg: _____ Estatura: _____

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? SI <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.

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 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 MUPOL PLUS, así como el envío, a través de cualquier medio incluidos medios electrónicos, de información relativa a la relación precontractual 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 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:

- Cumplimentar y descargar la presente solicitud y, una vez firmada, junto con la fotocopia del DNI del mutualista y la Orden de Adeudo SEPA (*en caso de domiciliación bancaria*), presentarlo 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.
- 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.- RESERVA DE DERECHOS: MUPOL se reserva el derecho a solicitar cualquier otro documento que considere necesario para evaluar los riesgos.

3.- EFECTOS DE LOS CAMBIOS: Los cambios que efectúen los mutualistas tendrán un efecto inmediato a la recepción fehaciente de la solicitud en MUPOL, a excepción de los cambios y reanudación en el pago de las primas mensuales que tomarán efectos a partir de las cero horas del día siguiente a la fecha en que se haga efectiva la primera prima, siempre que el Plan de Previsión mutua este en activo. En el supuesto de suspensión de primas se producirá a partir del cese en el pago.

4.- 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 - 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

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.