



SOLICITUD MUPOL PLUS

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"/>

MUPOLPLUS

Fallecimiento por cualquier causa	Cobertura: OBLIGATORIA	*CAPITAL: _____ € <i>*Máximo 100.000€ - Mínimo 10.000€</i>
--	-------------------------------	--

* El importe del capital no podrá superar la cantidad de 300.000 euros incluidos el importe de los derechos consolidados y las demás coberturas establecidas en el Plan de Previsión Mutua.

La prima se renovará mensualmente y se actualizará según la edad del mutualista y el capital asegurado.

BENEFICIARIOS en caso de fallecimiento del mutualista solicitante: serán las mismas personas que el mutualista hubiera designado como Beneficiarios de la prestación básica de fallecimiento.

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 prima adicional por **MUPOL PLUS**.

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

CONDICIÓN PARA LA SOLICITUD DE MUPOLPLUS: El solicitante debe ser mutualista con anterioridad a la solicitud de MUPOL PLUS, la cual podrá estar en vigor mientras el solicitante no cause baja o pierda o cese en la condición como mutualista activo. El límite de edad para solicitar MUPOL PLUS es de 64 años.

DEBER DE DECLARACIÓN: El solicitante tiene el deber, antes de la formalización de MUPOL PLUS, 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. (Art. 10 de la Ley 50/1980 y Art. 6 del Reglamento del Plan de Previsión Mutua). 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 Plt.- 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 MUPOLPLUS, 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. 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 para recibir ofertas, servicios, publicidad, encuestas? SÍ 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? 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.

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

La presente Solicitud de MUPOL PLUS, caso de ser aceptada por la Mutualidad de Previsión Social de la Policía (MUPOL), al tener la consideración de mejora de la prestación básica de fallecimiento que otorga la Mutualidad a sus mutualistas, no es preciso la emisión de la Nota Informativa a que se refiere el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y del artículo 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, que desarrolla la citada Ley. En consecuencia, el Solicitante puede encontrar en los Estatutos sociales de la Mutualidad y del Reglamento del Plan de Previsión Mutual 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.