

[RESTABLECER FORMULARIO](#)[ENVIAR POR EMAIL](#)[IMPRIMIR](#)

SOLICITUD DE CAMBIOS EN MUPOL IMPULSO

(DATOS PERSONALES, BANCARIOS Y/O DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS)

APELLIDOS:	NOMBRE:	DNI:
------------	---------	------

MARQUE UNA OPCIÓN:

☐ Aplicar los cambios a **TODAS** mis pólizas vigentes de **MUPOL IMPULSO**

☐ Aplicar los cambios **SOLO** a la póliza/s que indico a continuación:

Nº DE PÓLIZA:

Nº DE PÓLIZA:

HAGO CONSTAR LOS SIGUIENTES CAMBIOS:

DATOS PERSONALES:

TELF.:	MÓVIL:	EMAIL:
DOMICILIO:		CP:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: Manifiesto mi voluntad de designar beneficiarios para el caso de mi fallecimiento, a las personas y en la forma que a continuación se indica:

N.º ORDEN	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	F. NACIMIENTO	% REPARTO
☐	A partes iguales entre todos los designados.	☐	Por el orden preferente establecido, excluyendo a todos los demás.	
☐	Según porcentaje indicado para cada uno de los designados.	☐	100% en favor del nombrado en primer lugar y en su defecto, el resto de los beneficiarios según porcentaje indicado.	

NÚMERO DE CUENTA

IBAN	ES					
------	----	--	--	--	--	--

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO: El solicitante declara haber recibido y conocer la nota informativa previa a la contratación de acuerdo con la normativa vigente en este momento.

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 este formulario, así como en la documentación que pueda adjuntarse, serán tratados con la finalidad de atender su solicitud de cambios en MUPOL, 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 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.

- ¿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: 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 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:

Cumplimente la presente solicitud y preséntela: directamente en la sede de MUPOL; envíela por correo postal al domicilio social, o remítala por correo electrónico a areatecnica@mupol.es. En este caso, es imprescindible completar los campos obligatorios y disponer de firma electrónica reconocida.

2.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

El mutualista podrá designar beneficiarios de las prestaciones a las personas físicas que desee sin necesidad de consentimiento o aceptación de MUPOL. Deberá efectuarla en el momento de la suscripción a MUPOL IMPULSO, pudiendo variarla con posterioridad. MUPOL pagará la prestación por fallecimiento a los beneficiarios designados y notificados por el mutualista, en contra de las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores, aun cuando exista testamento posterior a la designación, siempre que en dicho testamento no designe expresamente nuevos beneficiarios de la prestación mutua. A falta de designación de beneficiarios y de testamento, lo serán los herederos legales.

3.- EFECTOS DE LOS CAMBIOS:

Los cambios que efectúen los mutualistas tendrán un efecto inmediato a la recepción fehaciente de la solicitud en MUPOL.

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.