



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 ☐	M ☐	PROFESIÓN:			
DESTINO ACTUAL (solo para miembros de CPN):								
Gestión ☐	Operativo/Extranjería ☐	Radiopatrullas/Gor. ☐		Escultas/UPR/UIP ☐		Geo/Goes/TEDAX ☐		
Marcar situación del Mutualista:	CPN ☐	DGP ☐	CÓNYUGE ☐	ESTUDIANTE ☐	CONVIVENCIA ☐	VIUD.MUTUAL. ☐	EMPLEADOS ☐	ASCEND./DESC. ☐

COBERTURAS Y CAPITALES PARA CONTRATAR (mínimo 10.000€ - máximo 100.000€ por cada cobertura)

FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA	☒	1 Cobertura Obligatoria	CAPITAL:
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL (IPT)	☐	2 Cobertura Opcional	CAPITAL:
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA (IPA)	☐	2 Cobertura Opcional	CAPITAL:
SEGUNDA ACTIVIDAD (solo Policía Nacional)	☐	3 Cobertura Opcional	1.800€ ☐ 3.600€ ☐ 7.200€ ☐ 10.800€ ☐ 14.400€ ☐

1. La prima se devengará y liquidará anualmente y se actualizará según la edad del mutualista y el capital asegurado.

2. Las coberturas por invalidez serán excluyentes.

3. SEGUNDA ACTIVIDAD: Exclusiva para miembros de la Policía Nacional, podrá contratarse con fallecimiento y, opcionalmente, junto con IPT o IPA.

4. El capital asegurado de cada garantía complementaria de invalidez y Segunda Actividad no podrá ser superior a tres veces y media (3,5) el capital de la garantía principal de fallecimiento, ni superar el máximo de 100.000 euros por asegurado

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 establecido, excluyendo a todos los demás.
☐	Según porcentaje indicado para cada uno de los designados.		☐	100% en favor del primero y en su defecto, el rest

FORMA DE PAGO (Seleccione periodo):

Anual(descuento del 3%) ☐ Mensual ☐

Domiciliación de adeudo (indicar código IBAN)

*Recuerde que debe adjuntar Orden de Domiciliación de Adeudo

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

CONDICIONES PARA LA SOLICITUD DE MUPOL VIDA:

- La edad máxima para contratar la garantía obligatoria de Fallecimiento es de 65 años. La cobertura de fallecimiento podrá mantenerse hasta la renovación de la póliza en la que el asegurado cumpla 70 años.
- La edad máxima para contratar las coberturas de Invalidez (IPT o IPA) es de 64 años. En caso de contratarse, podrá mantenerse hasta la renovación de la póliza en la que el asegurado cumpla 65 años.
- Las coberturas de Invalidez Permanente Total (IPT) e Invalidez Permanente Absoluta (IPA) son excluyentes entre sí: solo puede contratarse una de ellas.
- La edad máxima para contratar la cobertura de Segunda Actividad es de 57 años y se mantendrá en vigor hasta la anualidad en la que el asegurado cumpla los 58 años. Esta cobertura está sujeta a un periodo de carencia de seis (6) meses desde la fecha de efecto o de ampliación de la cobertura. Quedan excluidos de la carencia los supuestos derivados de accidente. La contratación de esta cobertura requiere ser funcionario en activo del Cuerpo Nacional de Policía en el momento de suscripción. Podrá contratarse con Fallecimiento y, opcionalmente, junto con la cobertura de Invalidez Permanente Total (IPT) o Invalidez Permanente Absoluta (IPA).



SOLICITUD DE ALTA MUPOL VIDA

DEBER DE DECLARACIÓN: El solicitante tiene el deber, antes de la formalización de MUPOL VIDA, de declarar, de acuerdo con el cuestionario a que este 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 reserva o inexactitud en las declaraciones podrá dar lugar a la reducción proporcional de la prestación o, si mediara dolo o culpa grave, a la liberación del pago por parte de MUPOL del abono de la prestación, todo ello conforme al artículo 10 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro.

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 Pl.- 28045 - Madrid, email: lopdp@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 mutual 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: lopdp@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 y fecha de presentación

Firma del solicitante:



APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI:

APELLIDOS Y NOMBRE:

MANIFIESTO, expresamente, haber contestado con exactitud a cada una de las preguntas de la declaración y reconozco que las mismas son fundamentales para la valoración del riesgo por parte de MUPOL, y, consecuentemente, para la formalización del contrato de seguro, de forma que cualquier falsedad, omisión o inexactitud que contengan dichas declaraciones y que incidan sobre el riesgo, será causa de nulidad del referido contrato. Asimismo, **AUTORIZO** a los médicos y a las personas que MUPOL necesite consultar a dar, confidencialmente, los informes que la misma precisara.

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 MUPOL 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, MUPOL y su órgano de control administrativo, las instancias de reclamación, la cláusula de protección de datos y demás aspectos relacionados con las prestaciones contratadas (fallecimiento, invalidez y, en su caso, segunda actividad)