RESTABLECER FORMULARIO | ENVIAR POR EMAIL | IMPRIMIR

SOLICITUD DE ALTA EN MUPOL IMPULSO - Emisión Diciembre 2026

APELLIDOS:				**NOMBRE:**			
DNI:	**TELF.:**		**MÓVIL:**		**F. NACIMIENTO:**		
E. CIVIL: (marcar con X)	**SOLT.** ☐	**CASAD.** ☐	**VIUD.** ☐	**SEXO:**(marcar con X)	**HOMBRE** ☐	**MUJER** ☐	
EMAIL:			**DOMICILIO:**				
CP. Y LOCALIDAD:			**PROVINCIA:**				

Marcar con X, según requisitos establecidos en Art. 11 Estatutos	CNP	DGP	CÓNYUGE	ESTUDIANTE	CONVIVENCIA	VIUD. MUTUALISTA	ASCENDIENTE/DESCENDIENTE	EMPLEADO
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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 beneficiarios según porcentaje indicado

FORMA DE PAGO: Domiciliación de adeudo (indicar código IBAN)
*****_Recuerde que debe adjuntar Orden de Domiciliación de Adeudo._

IBAN	ES					

APORTACIÓN ÚNICA: .....€

(Límites de Aportación entre 5.000€ y 50.000€ - A partir del importe mínimo, la aportación única deberá realizarse en múltiplos de 500 euros)

Edad de contratación: Entre 18 y 75 años

He recibido, anexa a esta solicitud, la Nota Informativa previa a la contratación de acuerdo con la normativa vigente en este momento.
La aceptación de la solicitud de contratación quedará sujeta a la disponibilidad de la emisión.
Asimismo, para poder dar de alta Mupol Impulso será requisito indispensable la entrega completa de la documentación solicitada por la Entidad.
La falta de alguno de los documentos exigidos impedirá la formalización del alta.

1.- MODO DE SOLICITAR EL ALTA

Para tramitar el alta, cumplimente el presente formulario y preséntelo directamente en la sede de MUPOL, envíelo por correo postal al domicilio social o remítalo por correo electrónico a **mupolimpulso@mupol.es** en cuyo caso es imprescindible completar los campos obligatorios y disponer de firma electrónica reconocida, adjuntando:

a) Documento acreditativo de que reúne los requisitos para pertenecer a MUPOL.
b) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad (DNI).
c) Orden de domiciliación de adeudo SEPA.

2.- PERSONAS QUE PUEDEN PERTENECER A LA MUTUALIDAD *(Art. 11 de los Estatutos)*:

A) Pertenecer o haber pertenecido a la Policía Nacional.
B) Formar parte del personal funcionario o laboral fijo de la Administración Pública y estar adscrito a la Dirección General de la Policía.
C) Ser empleado fijo de la MUTUALIDAD, tanto en virtud de relación laboral ordinaria como, en su caso, de relación laboral de carácter especial de Alta Dirección.
D) El cónyuge no separado judicialmente del mutualista o persona con la que el mutualista tenga constituida una pareja de hecho en los términos que se indican en este artículo.
E) El cónyuge viudo del mutualista fallecido o la persona sobreviviente de la pareja de hecho constituida con el mutualista fallecido en los términos que se indican en este artículo.
F) Ascendientes o descendientes de los anteriores calificados en primer grado de parentesco por consanguinidad o por afinidad.
G) Las personas que hayan obtenido plaza como alumnos en los Centros de Formación de la Policía Nacional como aspirantes al ingreso en dicho Cuerpo.

3.- MODO DE ACREDITACIÓN DE LAS PERSONAS QUE PUEDEN SER MUTUALISTAS:

a) Carnet profesional
b) Familiares: fotocopia del Libro de Familia o Certificado de Matrimonio.
c) Convivientes: Documento acreditativo de la convivencia. (Certificación Registro de parejas de hecho o documento público acreditativo).

2.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: El mutualista podrá designar beneficiarios de la prestación de fallecimiento a las personas físicas que desee sin necesidad de consentimiento o aceptación de MUPOL. Deberá efectuarla en el momento de la suscripción, pudiendo modificarla con posterioridad.

3. **EFECTOS DEL ALTA:** Una vez admitida la solicitud, la suscripción surtirá efecto a partir de las 00:00 horas del día siguiente a la fecha en que se haga efectivo el pago de la prima.

Inscrita en el Registro Mercantil, Tomo 8147, Libro 0, Folio 177, Sección 8, Hoja M-131481, Inscripción 1.R - CIF: V/28809226

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.

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 Plt.- 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 alta en MUPOL IMPULSO, 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)