mupol | Mutualidad de la Policía

RESTABLECER | ENVIAR POR EMAIL | IMPRIMIR

BOLETÍN DE ADHESIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA
PARA ALUMNOS DE LOS CENTROS DE FORMACIÓN DE LA POLICIA NACIONAL

DATOS DEL SOLICITANTE		
APELLIDOS:		NOMBRE:
DNI:	TELEFÓNO:	TELEFONO MÓVIL:
EMAIL:	DOMICILIO:	
CP:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
FECHA NACIMIENTO (día/mes/año):		SEXO (Femenino/Masculino)

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS		
Declaro que, en caso de fallecimiento, deseo que la suma asegurada sea entregada a las siguientes personas, en los porcentajes o en las cuantías señaladas:		
NOMBRE:	PORCENTAJE:	CUANTÍA:

En caso de fallecimiento del asegurado, y de no existir beneficiarios expresamente designados en la póliza, o en caso de que los beneficiarios designados hubieran fallecido antes que el asegurado o perdieran el derecho a la indemnización, la suma asegurada será entregada a sus beneficiarios legales, conforme al siguiente orden de prelación:

- El cónyuge o su pareja de hecho sobreviviente, si lo hubiere;
- A falta del anterior, a los hijos del asegurado, por partes iguales;
- En ausencia de hijos, a los padres del asegurado, por partes iguales;
- Si no existieran los anteriores, a los hermanos del asegurado, por partes iguales;
- En última instancia, y de no existir parientes cercanos, a los herederos legales conforme a la legislación civil aplicable.

Esta designación de beneficiarios legales sustituye cualquier otra designación previa, salvo que el asegurado haya dispuesto expresamente lo contrario por escrito ante la Mutualidad.

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

mupol | Mutualidad de la Policía

RESTABLECER | ENVIAR POR EMAIL | IMPRIMIR

BOLETÍN DE ADHESIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA
PARA ALUMNOS DE LOS CENTROS DE FORMACIÓN DE LA POLICIA NACIONAL

DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE:		
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad grave?	○ SI	○ NO
¿Está bajo tratamiento médico actualmente?	○ SI	○ NO
En caso de responder "Sí" a alguna pregunta, detallar a continuación		

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 que 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 del seguro colectivo de vida de los alumnos de la Escuela Nacional de Policía de Ávila, 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, por el periodo de duración del seguro que en su caso contrate y la duración de las prestaciones otorgadas al amparo del mismo, así como por los plazos de prescripción aplicables a cualesquiera acciones que pudieran derivarse de dicha relación. 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 contingencia de fallecimiento que solicita.

- ¿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.

○ SI ○ 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 ☐

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es veraz, completa y corresponde a mi situación actual.

_____ a _____ de _____ de 20_____

Lugar, fecha y firma del mutualista solicitante

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