

A emplenar per l'administració

NÚM. D'ENTRADA	NÚM. EMPLEAT	NÚM. ASSOCIAT	NÚM. MUTUALISTA	DATA D'APROVACIÓ
DATA D'ENTRADA	DATA FIX	DATA ALTA ASSOCIACIÓ	EFECTIVITAT	

SOL·LICITUD D'ALTA A LA MÚTUA
Subsidi Econòmic Mèdico-Quirúrgic (SEM-Q)

Dades del sol·licitant

Nom i cognoms	Data de naixement	NIF
Domicili	Població	
Província	Codi postal	Telèfon
Centre de treball	Telèfon	Correu electrònic

el seu ingrés com a mutualista
 Sol·licita l'ingrés de familiars a la Mútua de l'Associació del Personal de la Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona (M.P.S.) i, d'acord amb les normes que la regeixen, que declara conèixer i acceptar, autoritza a fer els càrrecs i abonaments que se'n derivin en concepte de quotes i de prestacions en el compte corrent/llibreta de la C.E.P.B.:

Dades compte corrent

Oficina	Control	Núm. de compte
---------	---------	----------------

Inscripció de familiars (és imprescindible que s'hi inscrigui el sol·licitant, si no és mutualista)

Nom i cognoms	Parentiu	NIF	Data de naixement	Conviu amb vostè?		Car.	Exc.	Espai per emplenar per l'administració
				SÍ	NO			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(Adjunteu la documentació que justifiqui la relació de parentiu amb el mutualista)

....., de del

Signatura del sol·licitant

(A trametre a la Mútua, CENTRE 9099, a la major brevetat)

Autoritzo expressament a la Mútua per a emmagatzemar de forma automatitzada o no, tractar i/o cedir les meves dades personals, i a trametre'm comunicacions en relació amb els serveis que presta la Mútua. El titular de les dades podrà, en tot moment, consultar-les, rectificar-les o cancel·lar-les, d'acord amb la Llei.



mútua de l'associació
del personal de la Caixa

QÜESTIONARI DE SALUT

(A omplir per les persones més grans de 5 anys inscrites en el SEM-Q i/o pels progenitors en l'AEO)

Dades del mutualista (Nom i cognoms)
Dades del declarant (Nom i cognoms)

Està inscrit en alguna empresa d'assegurances mèdiques?

SÍ **NO**

 Empresa: _____ **Tipus d'assegurança:** _____

SÍ **NO**

Fuma? - Què fuma (cigarettes, cigars, pipes, etc.)? Quants per dia? _____

Consumeix begudes alcohòliques? - Quina classe de begudes? Quantes per dia? _____

Practica un esport? - Quin? _____

Quin és el seu pes? _____ Kg. **Quina és la seva alçada?** _____ cm.

Ha patit o pateix alguna de les malalties o símptomes següents?:

A. SISTEMA NERVIÓS	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
Epilèpsia		Vòmits	Utilitza ulleres?
Paràlisi		Sang en defecacions	Per què?
Migranyes		Dificultat a l'ingerir sòlids o líquids
Dificultats en el parlar		Digestions lentes	
Tremolors		Distensió abdominal	G. ALTRES
Alteració de la marxa		Dolor d'estómac agut o difús	Sífilis
Pèrdua de memòria		Dolor al voltant cintura	Àcid úric (Gota)
Penes o plors immotivats		Crisis de diarrees, seguides o no d'estrenyiment	Tumors, càncer
Insomni		Pell groga (icterícia)	Diabetis
B. ÒRGANS RESPIRATORIS		Augment del volum del ventre	Ha patit coma insulínic?
Ronquera o afonia		E. VIES URINÀRIES I GENITALS	Quants?
Asma		Còlics renals	Ha patit coma diabètic?
Tuberculosi		Càlculs	Quants?
Pleuresia		Infeccions urinàries	Dosi diària d'insulina
Falta d'aire a l'esforç		Necessitat d'orinar imperiosa	Tiroides
Tos matinal amb expectoració		Dolor a l'orinar	Anèmia
Tos matinal sense expectoració		Color de l'orina:	H. APARELL LOCOMOTOR
C. COR I SISTEMA VASCULAR		- coca-cola	Çiàtica
Palpitacions		- transparent	Hèrnia discal
Dolor al pit		- amb sang	Artritis
Hipertensió		Afeccions ginecològiques	Reumatisme
Defectes valvulars		i/o mamàries.	Artrosi
Cansament a l'esforç		F. SISTEMA SENSORIAL	Dolors cervicals
Infart cardíac		Vertigen	Dolors dorsals
Dolor als panxells al caminar		Pèrdua o alteració de l'oïda	Dolors lumbar
Pèrdues de coneixement		Pèrdua o alteració del gust	Altres
Edemes als turmells		Pèrdua o alteració de l'olfacte	I. SISTEMA IMMUNITARI
Problemes de coagulació		Alteració en el tacte:	VIH
D. APARELL DIGESTIU		- a la temperatura	Hepatitis
Úlcera		- a la pressió o al dolor	Malalties tropicals
Còlics		- augmentada / disminuïda	Malalties de transmissió sexual
Hèrnia		Alteració de la pell	
Cremer			

Mútua de l'Associació del Personal de la Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona, (M.P.S.)

C/ Teodor Roviralta, 65 - 08035 Barcelona - T. 93 418 81 70 - Fax. 93 417 35 98 - mutua@mutuaassociacio.com - www.mutuaassociacio.com - CIF. G-60327798

SÍ NO

1. Ha patit alguna intervenció quirúrgica?
2. Ha patit algun tractament o règim especial alguna vegada?
3. Té algun defecte físic?
4. Pateix alguna malaltia física o psíquica?
5. Segueix o ha seguit algun tractament per raons del consum d'alcohol, drogues, d'abús de medicaments o altra toxicomania?
6. Segueix o ha seguit alguna cura termal, de repòs o de desintoxicació; algun tractament per exposició a rajos o substàncies radioactives?

Si ha contestat "SÍ" a alguna de les preguntes anteriors, ompli, el quadre següent:

(Si us plau, ompli el qüestionari amb lletres majúscules)

Nº	Nom de l'afecció / malaltia / tipus de toxicomania / tipus de cura / etc.	Any	Curació completa	Nom i adreça del metge que l'ha tractat i/o de l'hospital

Les respostes anteriors han estat contestades exhaustivament i verídica, sense haver ocultat res que pugui induir a la Mútua de l'Associació del Personal de la Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona (M.P.S) a error en l'apreciació del risc.

La Mútua cobreix el risc d'acord amb el manifestat per l'interessat en aquest qüestionari.

_____, _____ de _____ de _____

Signatura del declarant

Signatura del mutualista

RETORNAR A LA MAJOR BREVETAT A LA MÚTUA – CENTRE 9099

INFORME ODONTOLÒGIC

Reconeixement odontològic corresponent a:

ESTAT DE LA DENTADURA (a omplir per l'especialista)

SÍ NO

NORMAL

Amb gingivitis

Amb altres parodontosis

Amb maloclusions

Amb apinyaments dentals

Peces amb càries

(en cas afirmatiu, especificar quines)

Peces trencades

(en cas afirmatiu, especificar quines)

Peces substituïdes o amb fundes

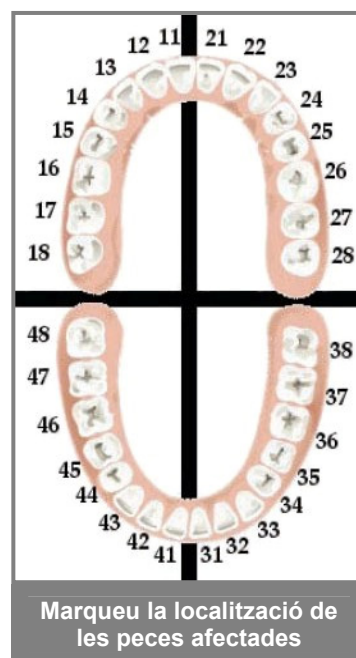
(en cas afirmatiu, especificar quines)

Peces absents sense substituir

(en cas afirmatiu, especificar quines)

Està sota tractament odontològic o d'ortodòncia?

Hauria de seguir algun d'aquests tractaments?



Feu un esment per a les respostes positives

....., de del

Nom i signatura del metge
Núm. de col·legiat