

A emplenar per l'administració

NÚN. D'ENTRADA	NÚM. EMPLEAT	NÚM. ASSOCIAT	NÚM. MUTUALISTA	DATA D'APROVACIÓ
DATA D'ENTRADA	DATA FIX	DATA ALTA ASSOC.	EFFECTIVITAT	

SOL-LICITUD D'ALTA A LA MÚTUA

Ajuda Econòmica d'Orfenesa (A.E.O.)

DADES DEL SOL-LICITANT (PRENEDOR DE L'ASSEGURANÇA)

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

El seu ingrés como 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, les quals declara conèixer i acceptar, autoritza a fer els càrrecs i abonaments que se'n derivin en concepte de quotes i de prestacions en el comte corrent/llibreta de la C.E.P.B.:

DADES DEL COMPTE CORRENT

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

DADES DELS ASSEGURATS

Nom i cognoms	Data de naixement	NIF
1er.		
2n.		

BENEFICIARIS

Data de Naixement	Nom i Cognoms	Opció (*)			Fins		Rev. 2%	Assegurat	
		1	2	3	21	25		1º	2º

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

- (*) **Opció 1:** Vol inscriure's al **1r TRAM** (prestació assegurada fins a **360 €** mensuals)
- (*) **Opció 2:** Vol inscriure's al **2n TRAM** (prestació assegurada fins a **600 €** mensuals)
- (*) **Opció 3:** Vol inscriure's al **3r TRAM** (prestació assegurada fins a **900 €** mensuals)

(En els casos de minusvàlua del fill protegit, la prestació pot ser vitalícia. **SOL-LICITI INFORMACIÓ A LA MÚTUA.**)

..... de del

Signatura del sol·licitant

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



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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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.	Artrosis
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			

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