

SEÑORES:
FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN
Jr. Camaná N° 390 – Lima Cercado
Presente.

**Asunto : Afiliación al Programa de Asistencia Médica
- Cesantes-**

Para el fin que procura el llenado de la presente ficha de afiliación, autorizó de manera libre, previa, expresa, inequívoca e informada a brindar los datos personales (que podrían contener datos sensibles), según lo requiera el FEBAN.

Asimismo, adjunto las autorizaciones escritas de las personas que procuro incorporar como mis afiliados dependientes y facultativos.

Yo....., identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°, domiciliado en
..... Distrito de, Provincia de
Departamento de, con Teléfono fijo, Celular, cesante del Banco de la Nación con Código N°....., y con correo electrónico
....., me dirijo a ustedes para solicitar:

- () Afiliación al FEBAN, comprometiéndome al pago de S/ 15.00 (Quince y 00/100 Soles) mensuales para los residentes en Lima y S/ 12.00 (Doce y 00/100 Soles) mensuales para los residentes en Provincias. (Aporte obligatorio para obtener los beneficios que otorga el FEBAN, de acuerdo a lo establecido en el Estatuto del FEBAN).
- () Afiliación al Seguro de Vida, comprometiéndome al pago de S/ 15.00 (Quince y 00/100 Soles) mensuales.
- () Afiliación al PAM, comprometiéndome al pago como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes y facultativos que declare (Anexo).
- () Afiliación al Fondo de Contingencia comprometiéndome al pago como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes y facultativos que declare (Anexo).

Así mismo declaro como mis dependientes y facultativos:

Cónyuge / Conviviente :
Hijos :
.....
.....
Padre Y/o Madre :
.....

Adjunto al presente, los siguientes documentos:

- () Copia de DNI vigente.
- () Copia de la liquidación de Beneficios Sociales y Certificado de trabajo.
- () 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné.
- () Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles) por emisión de carné FEBAN.

Asimismo, declaro como mis dependientes y facultativos:

- () Cónyuge / Conviviente
- () Padre
- () Madre
- () Hijos menores de 18 años (N° de hijos.....)

Adjuntando los siguientes documentos:

Cónyuge / Conviviente

- () Copia de DNI vigente.
- () Copia del Acta de matrimonio o Acta de reconocimiento de Unión de Hecho.
- () 01 Fotografía actual, a color tamaño carné.
- () Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles) por emisión de carné FEBAN.

Padre

- () Copia de DNI vigente del padre.
- () Copia de la partida de nacimiento del titular.
- () 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné.
- () Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles) por emisión de carné FEBAN.

Madre

- () Copia de DNI vigente de la madre.
- () Copia de la partida de nacimiento del titular.
- () 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné.
- () Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles) por emisión de carné FEBAN.

Hijos menores de 18 años

- () Copia de DNI vigente del (os) menor (es)
- () Copia de la partida de nacimiento del (os) menor (es)
- () 01 Fotografía tamaño carné por cada afiliado
- () Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles) por emisión de carné FEBAN por afiliado.

De conformidad con la Ley N° 29733 y su Reglamento, el FEBAN utilizará mis datos personales y los de mi núcleo, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la vigencia de la afiliación y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de dar cumplimiento a las normas legales vigentes en materia de salud y aseguramiento.

Asimismo, el FEBAN recopilará y administrará esta información para elaborar una Base de Datos y creación de legajos según la política operativa interna de la institución. También podrá transferir esta información a terceros de acuerdo a la legislación vigente.

Los datos que suministre son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso decida no proporcionar la información requerida, no será posible mi afiliación, ni la de mi núcleo.

El FEBAN se reserva el derecho de compartir y/o usar y/o almacenar y/o transferir la información al Banco de la Nación para cumplir con los fines de la presente afiliación. Asimismo, el FEBAN podrá compartir y/o transferir la información a terceras personas vinculadas o no con la institución, sean públicos o privados con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas anteriormente (como por ejemplo: imprentas, empresas de mensajería, auditores, etc.).

De acuerdo con las normas citadas, mi persona y cualquiera que conforme mi núcleo está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición mediante comunicación escrita.

Finalmente, respecto a los datos personales de los menores de edad que conforman mi núcleo autorizo que esta información se proporcione a SUSALUD, clínicas y/o proveedores que se detallan en la Relación de Clínicas afiliadas al PAM (documento entregado al momento de la suscripción del presente documento), auditores internos y/o externos; asimismo, cualquier otra transferencia de esta información estará sujeta a mi previo consentimiento.

Asimismo, manifiesto conocer que:

- En caso de variación de correo electrónico, de domicilio y/o cambios en la RENIEC me comprometo a informarlo oportunamente al FEBAN.
- He leído y entendido todas las condiciones detalladas en la presente solicitud que deberé firmar para lograr mi afiliación.

Atentamente,

.....
FIRMA

Notas

1. Se comunicará al titular vía teléfono o correo electrónico, si su solicitud no cumple con los requisitos, los que deberán ser regularizados en el plazo de un (01) mes, en caso no sean subsanados, su solicitud será archivada.
2. El periodo de carencia para afiliaciones nuevas de dependientes es de seis (06) meses, los hijos de cero a seis (06) meses no tienen periodo de carencia. Ante una situación de emergencia (peligro inminente de la vida y salud) no se aplicará periodo de carencia.
3. Los ex trabajadores del Banco de la Nación que se afilian con la condición de cesante, tendrán que asumir el pago del coaseguro directamente con los proveedores afiliados donde se atiendan (consultas, procedimientos y medicamentos).
4. El afiliado titular deberá pagar sus aportaciones los primeros 5 días de cada mes
5. Cuando el afiliado adeuda más de 03 (tres) aportes será desafiliado, sin previo aviso por parte de FEBAN. Asimismo, podrá solicitar su reincorporación presentando una solicitud dentro del plazo de seis (6) meses contados a partir del día siguiente de su desafiliación, siempre y cuando cumplan con cancelar la totalidad de su deuda.
6. En caso el afiliado se encuentre sobregirado, deberá acercarse a la Unidad de créditos para regularizar dicha situación.

OFICINA DE AFILIACIONES

Fecha de afiliación.....

NOTAS:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma Responsable de Afiliación

AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES

Yo, con DNI N°....., autorizo de manera libre, previa, expresa, inequívoca e informada a brindar los datos personales (que podrían contener datos sensibles), según lo requiera el FEBAN.

De conformidad con la Ley N° 29733 y su Reglamento, el FEBAN utilizará mis datos personales, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la vigencia de la afiliación y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de dar cumplimiento a las normas legales vigentes en materia de salud y aseguramiento.

El FEBAN recopilará y administrará esta información para elaborar una Base de Datos y creación de legajos según la política operativa interna de la institución. También podrá transferir esta información a terceros de acuerdo a la legislación vigente.

El FEBAN se reserva el derecho de compartir y/o usar y/o almacenar y/o transferir la información al Banco de la Nación para cumplir con los fines de la presente afiliación. Asimismo, el FEBAN podrá compartir y/o transferir la información a terceras personas vinculadas o no con la institución, sean públicos o privados con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas anteriormente (como, por ejemplo: imprentas, empresas de mensajería, auditores, etc.).

Los datos suministrados por mi persona son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso mi persona no proporcione la información requerida, no será posible mi afiliación.

De acuerdo con las normas citadas, estoy facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición mediante comunicación escrita al FEBAN.

Lima, de.....de 20....

.....
FIRMA

NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR LOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS Y/O FACULTATIVOS.

ANEXO

MONTOS ASEGURABLES ANUALES

IMA AMBULATORIO	S/ 15,000.00
IMA HOSPITALARIO	S/ 40,000.00

APORTACIONES

APORTES FEBAN		
LIMA	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00
PROVINCIAS	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 12.00

APORTES SEGURO DE VIDA	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00
------------------------	------------------	----------

CONDICION		APORTES PAM 12 CUOTAS AL AÑO	FONDO DE CONTINGENCIA 12 CUOTAS AL AÑO
ACTIVOS	TITULAR ACTIVO	S/ 70.40	S/ 5.87
	CONYUGE	S/ 44.00	S/ 3.67
	PADRE	S/ 146.00	S/ 12.17
	MADRE	S/146.00	S/ 12.17
	HIJO	S/ 22.00	S/ 1.83
PENSIONISTA NIVELABLE	TITULAR PENSIONISTA	S/ 76.44	S/ 5.46
	CONYUGE	S/ 38.22	S/ 2.73
	PADRE	S/ 152.88	S/ 10.92
	MADRE	S/ 152.88	S/ 10.92
	HIJO	S/ 19.11	S/ 1.37
TRABAJADOR FEBAN	TITULAR ACTIVO	S/ 72.45	S/ 6.04
	CONYUGE	S/ 45.00	S/ 3.75
	PADRE	S/ 150.00	S/ 12.50
	MADRE	S/ 150.00	S/ 12.50
	HIJO	S/ 22.50	S/ 1.88
NO NIVELABLES Y OTROS	TITULAR PENSIONISTA	S/ 81.24	S/ 6.77
	CONYUGE	S/ 40.62	S/ 3.39
	PADRE	S/ 162.48	S/ 13.54
	MADRE	S/ 162.48	S/ 13.54
	HIJO	S/ 20.31	S/ 1.69

Cuando los hijos cumplen la mayoría de edad (18 años):

- Cuando el afiliado dependiente hijo cumple 18 años, el sistema automáticamente los inactiva.
- Para la continuación en el programa de atención médica deben de presentar los documentos sustentatorios de estudios superiores, además de adjuntar los otros requisitos, los mismos que deben ser entregados anualmente, al día siguiente de haber cumplido años.
- A los hijos dependientes que hayan cumplido los 25 años, el sistema automáticamente los inactiva.

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:
 DNI: Sexo: M – F Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar:
 Condición..... Vínculo.....
 Cuenta con otro seguro médico: ESSALUD () EPS () Otros:

2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Su padre o madre padecen o padecieron algunas de las siguientes enfermedades?
 Cáncer: SI – NO Diabetes: SI – NO Problemas cardiacos: SI – NO Hipertensión: SI – NO
 Otras: (Especificar).....

3. ANTECEDENTES PERSONALES:

Fuma: SI – NO ¿Qué cantidad?.....
 Ingiere alcohol: SI – NO ¿Qué cantidad?.....

¿Padeció durante la infancia alguna de las siguientes afecciones?

Sarampión () Rubéola () Paperas () Epilepsia () Pérdida de memoria ()
 Tos Crónica () Asma () Neumonía () Hepatitis () Cefaleas Prolongadas ()
 Hemorragias () Gastritis () Ulceras () Tuberculosis ()

4. HISTORIAL MÉDICO:

Actualmente o en los últimos años, ¿ha sido tratado por los siguientes grupos de enfermedades? (Especificar)

¿Enfermedades del sistema nervioso? (Mareos, desmayos, convulsiones, parálisis, desórdenes mentales o nerviosos, dolores de cabeza)

¿Enfermedades del sistema respiratorio? (Enfisemas, tuberculosis, asma, enfermedades o insuficiencias respiratorias crónicas, tos crónica, bronquitis).....

¿Enfermedades del corazón, la sangre o del sistema circulatorio? (Dolor de pecho, palpitaciones, hiper o hipotensión arterial, ataques cardiacos, alergias, anemias, diabetes).....

¿Enfermedades del sistema digestivo? (Gastritis, ulceras, enfermedades del intestino, del hígado o vesícula)

¿Enfermedades endocrinas?.....

¿Enfermedades óseas o musculares? (Enfermedades de columna, articulaciones, deformidades, rengueras, amputaciones, otras)

¿Enfermedades de la piel?.....

¿Esta Ud. actualmente bajo observación o tratamiento?.....

¿Ha tenido algún cambio significativo en su peso en el ultimo año?.....

¿Fue intervenido quirúrgicamente por alguna causa? (especificar diagnóstico y fecha)

¿Padece alguna otra enfermedad no mencionada en el presente documento?

Declaro bajo juramento que los datos consignados son reales y se corresponden con mi historia clínica personal.

Lugar y Fecha.....

.....
(Firma del declarante)