

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

Asunto : Afiliación al Programa de Asistencia Médica
-Trabajadores activos y Pensionistas -

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, pensionista () trabajador activo del Banco de la Nación () bajo la condición de con Código de trabajador N°, en el área u oficina de....., teléfono de trabajo y/o anexo, y con correo electrónico, me dirijo a ustedes para solicitar:

- () **Afiliación al FEBAN**, autorizando el descuento 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**, autorizando el descuento de S/ 15.00 (Quince y 00/100 Soles) mensuales.
- () **Afiliación al PAM**, autorizando el descuento como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes (cónyuge e hijos)
 Seleccionar tipo de plan
 Plan Básico () Plan 1 () Plan 2 ().
- () **Afiliación al PAM**, autorizando el descuento como titular y de ser el caso, de los afiliados facultativos (Padre)
 Seleccionar tipo de plan
 Plan Básico () Plan 1 () Plan 2 ().
- () **Afiliación al PAM**, autorizando el descuento como titular y de ser el caso, de los afiliados facultativos (Madre)
 Seleccionar tipo de plan
 Plan Básico () Plan 1 () Plan 2 ().
- () **Afiliación al Fondo de Contingencia** autorizando el descuento como titular y de ser el caso, de los Afiliados dependientes y facultativos que declare (Según plan seleccionado).

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 Boleta de pago y copia de memorando de Nombramiento (Trabajadores Activos). Resolución emitida por la División de Pensiones del Banco de la Nación (Pensionistas).
- 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 es de tres (03) meses para los afiliados titulares, para los dependientes o facultativos el periodo de carencia 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 trabajadores del Banco de la Nación que se afilian con la condición de medida cautelar, tendrán que asumir el pago del coaseguro directamente con los proveedores afiliados donde se atiendan (consultas, procedimientos y medicamentos) hasta la regularización de su condición, para lo cual deberán adjuntar el memorándum emitido por la jefatura de administración de personal.
4. La emisión y entrega de carné(s) FEBAN se realizará luego del primer descuento.
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.
7. El aporte del Fondo de Contingencia, será igual a un aporte mensual del PAM prorrateado en doce (12) cuotas al año.



OFICINA DE AFILIACIONES

Fecha de afiliación.....

NOTAS:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma Responsable de Afiliación



AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES

(ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL CONYUGE Y/O PADRES)

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

DECLARACIÓN DE SALUD

1. DATOS PERSONALES

A. DATOS DEL TITULAR

Apellidos y Nombres:

.....

DNI: Sexo: M – F Fecha de Nacimiento:...../...../..... Departamento:

.....

Condición.....

Cuenta con otro seguro médico: ESSALUD () EPS () Otros:

B. DATOS DE MIS DEPENDIENTES A AFILIAR:

B1. GRUPO FAMILIAR

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	Nº DE DNI	Cuenta con otro Seguro Medico
01		Cónyuge o conviviente		
02		Hijo (1)		
03		Hijo (2)		
04		Hijo (3)		

B.2. PADRES

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	Nº DE DNI	Cuenta con otro Seguro Medico
01		Padre		
02		Madre		

2. INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL CUADRO DE DIAGNÓSTICOS

La presente Declaración de Salud deberá ser llenada por el titular, tomando en cuenta el diagnóstico de cada miembro de su grupo familiar.

Es obligatorio marcar con una "X" la opción correspondiente según el orden de registro de cada dependiente.

Declaro bajo juramento los diagnósticos de mi grupo familiar señalados en el siguiente cuadro.
¿Alguno de los declarantes (titulares o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?

Diagnósticos	Titular		Cónyuge		Hijo (1)		Hijo (2)		Hijo (3)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tiña de las uñas										
Tumor maligno de la próstata										
Hipotiroidismo, no especificado										
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación										
Hiperlipidemia mixta										
Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofácea										
Enfermedad de Parkinson										
Glaucoma, no especificado										
Síndromes Vertiginosos en Enfermedades Clasificadas en otra parte										
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)										
Cardiomiopatía isquémica										
Fibrilación y Aleteo Auricular										
Arritmia cardíaca, no especificada										
Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)										
Rinitis alérgica, no especificada										
Asma, no especificada										
Enfermedad pulmonar intersticial, no especificada										
Gota, no especificada										
Artrosis, no especificada										
Fibromialgia										
Osteoporosis no especificada, sin fractura patológica										

Padre		Madre	
SI	NO	SI	NO

Diagnósticos	Titular		Cónyuge		Hijo (1)		Hijo (2)		Hijo (3)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Insuficiencia renal crónica, no especificada										
Hiperplasia de la Próstata										
Otras enfermedades (*)										

Padre		Madre	
SI	NO	SI	NO



(*) En el caso su respuesta sea "SI" detallar el en el siguiente cuadro:

Vinculo	Diagnostico
Titular	
Cónyuge	
Hijo (01)	
Hijo (02)	
Hijo (03)	
Padre	
Madre	

Lugar y Fecha

.....
Firma y huella del declarante

ANEXO 02

(INFORMACIÓN PARA EL AFILIADO)

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
-------------------------------	------------------	----------

APORTE PAM

	Plan Base (Vigente)	Plan 1	Plan 2
Hijos (c/u.) de 0 a 25 años	S/.20.98	S/.28.32	S/.36.82
Afiliado de 18 a 35 años	S/.45.08	S/.60.86	S/.79.11
Afiliado de 36 a 45 años	S/.56.35	S/.76.07	S/.98.89
Afiliado de 46 a 55 años	S/.67.62	S/.91.29	S/.118.67
Afiliado de 56 a 65 años	S/.75.13	S/.101.43	S/.131.86
Afiliado de 66 a 75 años	S/.82.65	S/.111.57	S/.145.04
Afiliado de 76 a más años	S/.86.40	S/.116.64	S/.151.64
Padres (c/u.)	S/.152.84	S/.206.33	S/.268.23

APORTE FONDO DE CONTINGENCIA

	Plan Base (Vigente)	Plan 1	Plan 2
Afiliado de 18 a 35 años	S/.3.76	S/.5.07	S/.6.59
Afiliado de 36 a 45 años	S/.4.70	S/.6.34	S/.8.24
Afiliado de 46 a 55 años	S/.5.64	S/.7.61	S/.9.89
Afiliado de 56 a 65 años	S/.6.26	S/.8.45	S/.10.99
Afiliado de 66 a 75 años	S/.6.89	S/.9.30	S/.12.09
Afiliado de 76 a más años	S/.7.20	S/.9.72	S/.12.64
Padres (c/u.)	S/.12.74	S/.17.19	S/.22.35

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 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.