

Señores  
FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACION  
Presente.-

**Asunto : Afiliación por Orfandad al Programa de Asistencia Médica**

*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.*

*El FEBAN sólo utilizará los datos personales de menores de edad con el previo consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales.*

Yo ....., con DNI N.º..... en la Condición de ..... del Titular por Orfandad ....., con Resolución Administrativa emitida por la División de Pensiones del Banco de la Nación N.º....., código N.º....., e identificado con DNI N.º....., con domicilio actual en ..... Distrito..... Provincia..... Departamento..... con teléfono N.º....., celular N.º ..... correo electrónico .....

Me presento ante usted a fin de 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 PAM, autorizando el descuento de aportes como titular (Anexo)
- Afiliación al Fondo de Contingencia autorizando el descuento de aportes como titular (Anexo)

Adjunto los siguientes requisitos para mi afiliación:

- Copia de la Solicitud de pensión por orfandad debidamente sellada por el Banco de la Nación (requisito provisional hasta la obtención de la Resolución de pensionista).
- Resolución Administrativa de Orfandad emitida por la División de Pensiones del Banco de la Nación. (requisito obligatorio que deberá regularizar en el plazo de treinta (30) días a partir de la emisión de su resolución)
- Copia de la última boleta de pago.
- Copia del DNI de la madre o apoderado.
- Copia del DNI de titular por orfandad.
- Partida de Nacimiento de Titular por Orfandad.
- Copia del Acta de Defunción del pensionista.
- Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles) para la emisión de carné FEBAN.

*De conformidad con la Ley N° 29733 y su Reglamento, el FEBAN utilizará los datos personales brindados, 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 suministrados 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.

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

Finalmente se autoriza que la información brindada 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.

.....  
**FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE**

**NOTAS**

1. Se comunicará al Curador 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. Es obligación del interesado presentar una copia de la Resolución que le otorga la pensión, dentro del plazo máximo de treinta (30) días a partir de la fecha que le fuera notificada.
3. Los afiliados deberán regularizar los aportes por los meses dejados de pagar.
4. En caso el afiliado se encuentre sobregirado, deberá acercarse a la Unidad de créditos para regularizar dicha situación.
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.

**OFICINA DE AFILIACIONES**

Fecha de Afiliación.....

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Firma Responsable de Afiliación

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

**1. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres: .....  
 DNI: ..... Sexo: M – F Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar: .....  
 Condición..... Vinculo.....  
 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 En que cantidad?.....  
 Bebe Alcohol: SI – NO En que cantidad?.....

¿Padeció durante la infancia alguna de las siguientes afecciones?

Sarampión ( ) Rubéola ( ) Paperas ( ) Epilepsia ( ) Perdida 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 que corresponden con mi historia clínica personal.

Lugar y Fecha.....

.....  
 (Firma del declarante)

**ANEXO (2)**

**(INFORMACIÓN PARA EL AFILIADO)**

**MONTOS ASEGURABLES ANUALES**

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

**APORTACIONES**

<b>APORTES FEBAN</b>		
LIMA	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00
PROVINCIAS	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 12.00
<b>APORTES SEGURO DE VIDA</b>		
	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00

CONDICION		APORTES PAM	FONDO DE CONTINGENCIA
		12 CUOTAS AL AÑO	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/ 6.37
	CONYUGE	S/ 38.22	S/ 3.19
	PADRE	S/ 152.88	S/ 12.74
	MADRE	S/ 152.88	S/ 12.74
	HIJO	S/ 19.11	S/ 1.59
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 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.