

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.....

.....
Firma Responsable de Afiliación

OBSERVACIONES:.....

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

(Anexo 01)
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
02		Padre		
03		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.

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

(*) 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)		Opción 1		Opción 2	
	Ambulatorio	Hospitalario	Ambulatorio	Hospitalario	Ambulatorio	Hospitalario
IMA	S/.15,000	S/.40,000	S/.20,000	S/.70,000	S/.30,000	S/.100,000
Aportes acumulados	Plan Base		Adicional 1		Adicional 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)		Opción 1		Opción 2	
	Ambulatorio	Hospitalario	Ambulatorio	Hospitalario	Ambulatorio	Hospitalario
IMA	S/.15,000	S/.40,000	S/.20,000	S/.70,000	S/.30,000	S/.100,000
Hijos (c/u.) de 0 a 25 años	S/.1.75		S/.2.36		S/.3.07	
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.