

.....de.....del.....

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 como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes.
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 que declare (Según plan seleccionado).

Así mismo declaro como mis dependientes

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.....

.....
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:

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 juramente 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	
	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		

Diagnósticos	Titular	
	SI	NO
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		

Diagnósticos	Titular	
	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	

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)	Opción 1	Opción 2
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

Quando 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.