

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

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

Asunto : Afiliación por Viudez 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.

Asimismo, adjunto las autorizaciones escritas de las personas que procuro incorporar como mis afiliados dependientes, siempre y cuando hayan estado afiliados a la fecha del fallecimiento del titular.

Yo....., en la Condición de Titular por Viudez, con Resolución Administrativa emitida por la División de Pensiones del Banco de la Nación N°, código N°....., e identificado con DNI N°....., con domicilio actual en Distrito..... Provincia..... Departamento..... con teléfono N°..... Celular N°....., 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 (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 del titular fallecido (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 del titular fallecido (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

Adjunto al presente, los siguientes documentos:

- () Copia de la Solicitud de pensión de viudez debidamente sellada por el Banco de la Nación (requisito provisional hasta la obtención de la Resolución de pensionista).
- () Copia de Resolución Administrativa 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 Boleta de Pago de la viuda.
- () Copia del DNI como Viuda.
- () Copia de la Partida de Matrimonio o Acta de sentencia de Unión de Hecho.
- () Copia del Acta de Defunción.
- () Carné anterior.
- () Foto Actualizada.
- () Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles) por emisión de carné FEBAN.

Para mis 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.

.....
FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

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. *Es obligación de la Viuda 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.....

NOTAS:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma Responsable de Afiliación

(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		Hijo (1)		
02		Hijo (2)		
03		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.

Diagnósticos	Titular		Hijo (1)		Hijo (2)		Hijo (3)		Padre		Madre	
	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	
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
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.