

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 de aportes como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes que declare (Anexo).
- () Afiliación al Fondo de Contingencia, autorizando el descuento de aportes como titular y de ser el caso de los afiliados dependientes que declare (Anexo).

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.
- () 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

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

(DOCUMENTO PARA EL AFILIADO)

MONTOS ASEGURABLES ANUALES

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

APORTACIONES

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

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.