

SEÑORES:
FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN
Jr. Camaná N° 390 – Lima Cercado
Presente.

Asunto : Continuidad de afiliación al FEBAN. -Cesantes-

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 y facultativos

Yo....., identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°, domiciliado en
..... Distrito de....., Provincia de.....
Departamento de con Teléfono fijo, Celular, cesante del Banco de la Nación con Código N°....., y con correo electrónico, me dirijo a ustedes para solicitar:

- () Continuar afiliado al FEBAN, comprometiéndome al pago 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.
- () Continuar afiliado al Seguro de Vida, comprometiéndome al pago mensual de S/.15.00 (Quince y 00/100 Soles)
- () Continuar afiliado al PAM, comprometiéndome al pago como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes y facultativos que inscriba. (*Tabla de Aportes*).
- () Continuar afiliado al Fondo de Contingencia comprometiéndome al pago como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes y facultativos que inscriba. (*Tabla de Aportes*).

Así mismo declaro como mis dependientes y facultativos:

Cónyuge / Conviviente :

Hijos :

Padre y/o Madre :

Adjunto al presente, los siguientes documentos:

- () Copia de DNI vigente de cada uno de mi grupo familiar afiliado.
- () Copia de la liquidación de Beneficios Sociales y copia del Certificado de trabajo.
- () 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné, de cada uno.
- () Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles) por emisión de cada carné FEBAN.
- () Devolución de los carnets anteriores

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.

Atentamente,

.....
FIRMA

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. Nuevas Afiliaciones: El titular podrá solicitar la incorporación de su hijo recién nacido, de su cónyuge o conviviente hasta dentro de los seis meses (06) a partir del primer día que se produjo el hecho.

3. Periodo de Carencia: El periodo de carencia para los cónyuges recién casados es de 06 meses y en el caso de los hijos recién nacidos e inscritos hasta antes de los 06 meses de edad, no están sujetos a periodo de carencia, sin embargo, en ambos casos, frente a una situación de emergencia (peligro inminente de la vida y salud) se elimina el periodo de carencia.
4. Los ex trabajadores del Banco de la Nación que se afilian con la condición de cesante, tendrán que asumir el pago del coaseguro, de manera directa al proveedor del servicio.
5. El afiliado titular deberá pagar sus aportaciones los primeros 5 días de cada mes, reportando su pago a la unidad de Cobranzas vía presencial o correo ucobranzas@feban.net.
6. Cuando el afiliado adeuda más de 03 (tres) aportes será desafiliado sin previo aviso por parte de FEBAN, sin embargo, podrá solicitar su reincorporación presentando una solicitud dentro del plazo de seis (6) meses contados a partir del día siguiente de su desafiliación, regularizando la totalidad de su deuda a la fecha.
7. En caso el afiliado cesante, registre algún adeudo al FEBAN, deberá acercarse a la unidad de Cobranzas para que regularice dicha situación.

OFICINA DE AFILIACIONES

Fecha de afiliación.....

NOTAS:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma Responsable de Afiliación



AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES

(ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR CADA DEPENDIENTE AFILIADO MAYOR DE 18 AÑOS Y/O FACULTATIVOS)

Yo, con DNI N°....., autorizo de manera libre, previa, expresa, inequívoca e informada a brindar los datos personales (que podrían contener datos sensibles), según lo requiera el FEBAN.

De conformidad con la Ley N° 29733 y su Reglamento, el FEBAN utilizará mis datos personales, 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.

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.

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.).

Los datos suministrados por mi persona son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso mi persona no proporcione la información requerida, no será posible mi afiliación.

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

Lima, de.....de 20.....

.....
FIRMA

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:
 DNI: Sexo: M – F Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar:
 Condición..... Vínculo.....
 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 cardíacos: 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 () Pérdida de memoria ()
 Tos Crónica () Asma () Neumonía () Hepatitis () Cefaleas Prolongadas ()
 Hemorragias () Gastritis () Úlceras () 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 cardíacos, alergias, anemias, diabetes)

¿Enfermedades del sistema digestivo?.....
 (Gastritis, úlceras, 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 último 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)

Documento para el Afiliado

(ANEXO 02)

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 12 CUOTAS AL AÑO	FONDO DE CONTINGENCIA 12 CUOTAS AL AÑO
CESANTES	TITULAR CESANTE	S/ 81.24
Pensionistas No Nivelables, Cesantes Ley N° 19990	CONYUGE	S/ 40.62
	PADRE	S/ 162.48
	MADRE	S/ 162.48
	HIJO	S/ 20.31
		S/ 6.77
		S/ 3.39
		S/ 13.54
		S/ 13.54
		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 de atención médica 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.