

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

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

Asunto : Migración del Plan del al Programa de Asistencia Médica FEBAN

Dirigido a : Trabajadores Activos – Pensionistas Nivelables 20530 - Pensionistas No Nivelables 20530 – Cesantes – Empresa Disgregada – Trabajadores FEBAN.

Yo....., identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N° ....., domiciliado en ..... Distrito de....., Provincia de..... Departamento de ....., con Teléfono fijo ....., Celular ....., en su condición de ..... con Código N°....., en el área u oficina de....., teléfono de trabajo y/o anexo ....., y con correo electrónico ....., me dirijo a ustedes para solicitar la migración del Programa de Asistencia Médica y Fondo de Contingencia al Plan:

- ( ) Autorizando el descuento como titular y el de mis dependientes (cónyuge e hijos) fijados por el plan:  
**Seleccionar tipo de plan**  
Plan Básico ( ) Plan 1 ( ) Plan 2 ( ).
- ( ) Autorizando el descuento del afiliado facultativo (Padre) fijado por el plan:  
**Seleccionar tipo de plan**  
Plan Básico ( ), Plan 1 ( ) Plan 2 ( ).
- ( ) Autorizando el descuento, del afiliado facultativos (Madre) fijado por el al plan.  
**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 y facultativos.

Cónyuge / Conviviente :

Hijo :

Hijo :

Hijo :

Padre Y/o Madre :

Adjuntar copias del DNI de los afiliados, por el anverso y reverso.

.....  
FIRMA Y HUELLA  
N° de DNI:

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

Padre		Madre	
SI	NO	SI	NO

(\*) 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)

<b>APORTES FEBAN</b>		
<b>LIMA</b>	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00
<b>PROVINCIAS</b>	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 12.00
<b>APORTES SEGURO DE VIDA</b>	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00

#### APORTE PAM

	<b>Plan Base (Vigente)</b>	<b>Plan 1</b>	<b>Plan 2</b>
<b>Hijos (c/u.) de 0 a 25 años</b>	S/.20.98	S/.28.32	S/.36.82
<b>Afiliado de 18 a 35 años</b>	S/.45.08	S/.60.86	S/.79.11
<b>Afiliado de 36 a 45 años</b>	S/.56.35	S/.76.07	S/.98.89
<b>Afiliado de 46 a 55 años</b>	S/.67.62	S/.91.29	S/.118.67
<b>Afiliado de 56 a 65 años</b>	S/.75.13	S/.101.43	S/.131.86
<b>Afiliado de 66 a 75 años</b>	S/.82.65	S/.111.57	S/.145.04
<b>Afiliado de 76 a más años</b>	S/.86.40	S/.116.64	S/.151.64
<b>Padres (c/u.)</b>	S/.152.84	S/.206.33	S/.268.23

#### APORTE FONDO DE CONTINGENCIA

	<b>Plan Base (Vigente)</b>	<b>Plan 1</b>	<b>Plan 2</b>
<b>Hijos (c/u.) de 0 a 25 años</b>	S/.1.75	S/.2.36	S/.3.07
<b>Afiliado de 18 a 35 años</b>	S/.3.76	S/.5.07	S/.6.59
<b>Afiliado de 36 a 45 años</b>	S/.4.70	S/.6.34	S/.8.24
<b>Afiliado de 46 a 55 años</b>	S/.5.64	S/.7.61	S/.9.89
<b>Afiliado de 56 a 65 años</b>	S/.6.26	S/.8.45	S/.10.99
<b>Afiliado de 66 a 75 años</b>	S/.6.89	S/.9.30	S/.12.09
<b>Afiliado de 76 a más años</b>	S/.7.20	S/.9.72	S/.12.64
<b>Padres (c/u.)</b>	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.