



..... de de 20....

SEÑORES:
FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN
Av. Javier Prado Este 2499 San Borja
Presente. -

Asunto : Afiliación FEBAN y Seguro de Vida – Pensionistas y Cesante

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 , pensionista / cesante del Banco de la Nación
con Código N° , y correo electrónico ,
me dirijo a ustedes para solicitar:

- () Afiliación al FEBAN, autorizando el descuento y/o pago de S/ 25.00 (veinticinco y 00/100 Soles) mensuales – para los residentes en Lima y S/ 22.00 (veintidos 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 Seguro de Vida, autorizando el descuento de S/ 15.00 (Quince y 00/100 Soles) mensuales.

Asimismo, declaro como mis afiliados dependientes:

- Cónyuge / Conviviente:
- Padre:
- Madre
- Hijos menores de 18 años (N° de hijos)
.....
.....
.....

Adjunto al presente, los siguientes documentos:

- () Copia de DNI vigente.
- () Copia de mi liquidación de beneficios sociales (Cesantes)
Resolución emitida por la División de Pensiones del Banco de la Nación (Pensionistas).
- () 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné.



Adjuntando los siguientes documentos:

Cónyuge / Conviviente

- Copia de DNI vigente.
- Copia del Acta de matrimonio o Reconocimiento de Unión de Hecho.
- 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné.

Padre

- Copia de DNI vigente del padre.
- Copia de la partida de nacimiento del titular.
- 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné.

Madre

- Copia de DNI vigente de la madre.
- Copia de la partida de nacimiento del titular.
- 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné.

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 actual, a color, tamaño carné por cada 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.

El FEBAN sólo utilizará los datos personales de menores de edad con el previo consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales.



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.

OFICINA DE AFILIACIONES

Fecha de afiliación.....

NOTAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma Responsable de Afiliación



AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES

ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR LOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS Y/O FACULTATIVO

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.

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

.....
FIRMA