Feban
Fondo de Empleados del Banco de la Nación

..... de……..……de 20……...

Señores:
Fondo de Empleados del Banco de la Nación
Av. Javier Prado Este 2499 - San Borja
Presente. -

Asunto : Afiliación al Programa de Asistencia Médica – PAM
Trabajadores Activos

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) Nº ……., domiciliado en ……,
distrito de ……..……., provincia de ……..……., departamento de ……..……., con teléfono fijo ……, celular ……,
trabajador activo del Banco de la Nación bajo la condición de ……..…,
con código de trabajador N° ……..……, en el área u oficina de ……,
teléfono de trabajo y/o anexo ……..……... y con correo electrónico ……
……, me dirijo a ustedes para solicitar:

( ) **Afiliación al FEBAN,** autorizando el descuento de S/ 25.00 (veinticinco y 00/100 Soles) mensuales para los colaboradores de Lima, según la base de datos del Banco de la Nación S/ 22.00 (veintidós y 00/100 Soles) mensuales para los colaboradores de Provincia, según la base de datos del Banco de la Nación. 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.

( ) **Afiliación al PAM**, autorizando el descuento como titular, según el Plan elegido. Seleccionar tipo de plan:
Plan Base ( ) Plan Adicional 1 ( ) Plan adicional 2 ( )

( ) **Afiliación al PAM**, autorizando el descuento de los afiliados dependientes (cónyugee hijos), según el plan elegido. Seleccionar tipo de plan:
Plan Base ( ) Plan Adicional 1 ( ) Plan adicional 2 ( )

( ) **Afiliación al PAM**, autorizando el descuento de mi afiliado facultativo (padre) según el plan elegido. Seleccionar tipo de plan:
Plan Base ( ) Plan Adicional 1 ( ) Plan adicional 2 ( )

( ) **Afiliación al PAM,** autorizando el descuento de mi afiliado facultativo (madre), según el Plan elegido. Seleccionar tipo de plan:
Plan Base ( ) Plan Adicional 1 ( ) Plan adicional 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.

Asimismo, declaro como mis dependientes y facultativos:

Cónyuge / Conviviente : ……
Hijos : ……..……..
……
……
Padre y/o Madre : ……
……

Adjunto al presente, los siguientes documentos:

( ) Copia de DNI vigente.
( ) Copia de boleta de pago y copia de memorando de nombramiento (trabajadores activos).
( ) 01 fotografía actual, a color tamaño carné.

Asimismo, declaro como mis dependientes y facultativos:

( ) Cónyuge / Conviviente.
( ) Padre.
( ) Madre
( ) Hijos menores de 18 años (Nº de hijos……..)

Adjuntando los siguientes documentos:

Cónyuge / Conviviente
( ) Copia de DNI vigente.
( ) Copia del acta de matrimonio o acta de reconocimiento de unión de hecho.
( ) 01 fotografía actual, a color tamaño carné.

Padre
( ) Copia de DNI vigente.
( ) Copia de la partida de nacimiento del titular.
( ) 01 fotografía actual, a color tamaño carné.

Madre
( ) Copia de DNI vigente.
( ) 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 con 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 Bancode 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 privadoscon 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 mecomprometo a informarlo oportunamente al Feban.
- He leído y entendido todas las condiciones detalladas en la presente solicitud quedeberé firmar para lograr mi afiliación.

Atentamente,

……

Firma y huella

Notas

1. Se comunicará al titular vía telefónica o correo electrónico, si su solicitud no cumple con los requisitos indicados en el presente formato; los cuales 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 doce meses (12) a partir del primer día que se produjo el hecho.
3. Periodo de Carencia: el titular tiene tres (03) meses de periodo de carencia desde la fechade afiliación y para los dependientes o facultativos el periodo de carencia es de seis (06) meses desde la fecha de afiliación; los hijos de cero a seis (06) meses no tienen periodo de carencia. Ante una situación de emergencia (peligro inminente de la vida y salud) no se aplicará periodo de carencia.
4. Los trabajadores del Banco de la Nación que se afilian con la condición de medida cautelar tendrán que asumir el pago del coaseguro directamente con los proveedores afiliados donde se atiendan (consultas, procedimientos y medicamentos) hasta la regularización de su condición, para lo cual deberán adjuntar el memorándum emitido por la jefatura de administración de personal.
5. Cuando el afiliado adeuda más de 03 (tres) aportes será desafiliado, con previa comunicación escrita o por medios virtuales 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.
6. En caso el afiliado se encuentre sobregirado, deberá comunicarse con el Área de Cobranzas y Recuperaciones para regularizar dicha situación.
7. Cuando el afiliado dependiente hijo cumple 18 años, el sistema automáticamente lo inactiva. Para la continuación en el programa deben de presentar los documentos sustentatorios de estudios superiores satisfactorios, además de adjuntar los otros requisitos, los mismos que deben ser entregados anualmente, al día siguiente de haber cumplido años.
8. Los hijos dependientes que cumplan 25 años, el sistema los inactiva definitivamente.
9. Cuando el afiliado titular y/o sus dependientes cumplan años pasarán automáticamente al nuevo costo del plan elegido según su grupo etario.

Oficina de afiliaciones

Fecha de afiliación: ……

……

Firma del responsable de afiliación

Observaciones

……

……

……

……

(511) 614-5252
Av. Javier Prado Este 2499 San Borja - Perú
www.feban.net

Autorización de datos personales

(Este documento debe ser llenado y firmado por el titular y cada dependienteafiliado 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.

…..……, ……... de……..……de 20……..

……..…….

Firma y huella

Feban
Fondo de Empleados del Banco de la Nación

ANEXO 02
CUADRO DE APORTACIONES MENSUALES
PENSIONISTAS Y CESANTE

(INFORMACIÓN PARA EL AFILIADO)

APORTES FEBAN		PENSIONISTAS Y CESANTES	TRABAJADORES ACTIVOS
LIMA	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 25.00	S/ 25.00
PROVINCIAS	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 22.00	S7 22.00

APORTES SEGURO DE VIDA	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00	S/ 15.00

APORTE PAM

	Plan Base (Vigente)		Opción 1		Opción 2	
	Ambulatorio	Hospitalario	Ambulatorio	Hospitalario	Ambulatorio	Hospitalario
IMA	S/.15,000	S/.40,000	S/.20,000	S/.70,000	S/.30,000	S/.100,000
Aportes acumulados	Plan Base		Adicional 1		Adicional 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/ 79.12	
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/ 131.85	
Afiliado de 66 a 75 años	S/ 82.65		S/ 111.58		S/ 145.05	
Afiliado de 76 a más años	S/ 86.40		S/ 116.64		S/ 151.63	
Padres (c/u.)	S/ 152.84		S/ 206.33		S/ 268.23	

APORTE FONDO DE CONTINGENCIA

Aportes acumulados	Plan Base	Adicional 1	Adicional 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

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 Médico
01		Cónyuge o conviviente		
02		Hijo (1)		
03		Hijo (2)		
04		Hijo (3)		

B2. Padres

Nº	Apellidos y Nombres	Parentesco	Nº de DNI	Cuenta con otro Seguro Médico
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.

Declaro bajo juramento los diagnósticos de mi grupo familiar señalados en el siguiente cuadro.
¿Alguno de los declarantes (titulares o dependientes) han padecido o padecen, han sido diagnosticados, han tenido resultados positivos o han recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?

Diagnósticos	Titular		Cónyuge		Hijo (1)		Hijo (2)		Hijo (3)		Padre		Madre	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tiña de las uñas														
Tumor maligno de la próstata														
Hipotiroidismo, no especificado														
Diabetes mellitus no insulinodependiente, sin mención de complicación														
Hiperlipidemia mixta														
Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y gota tofácea														
Enfermedad de parkinson														
Glaucoma, no especificado														
Síndromes Vertiginosos en Enfermedades Clasificadas en otra parte														
Hipertensión esencial (primaria)														
Cardiomiopatía isquémica														
Fibrilación y Aleteo Auricular														
Arritmia cardíaca, no especificada														
Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)														
Rinitis alérgica, no especificada														
Asma, no especificada														
Enfermedad pulmonar intersticial, no especificada														
Gota, no especificada														
Artrosis, no especificada														
Fibromialgia														
Osteoporosis no especificada, sin fractura patológica														

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:

Vínculo	Diagnóstico
Titular	
Cónyuge	
Hijo (01)	
Hijo (02)	
Hijo (03)	
Padre	
Madre	

Lugar y Fecha ……

……..…….

Firma y huella del declarante

(511) 614-5252
Av. Javier Prado Este 2499 San Borja - Perú
www.feban.net