

.....dedel 20....

Señores
Fondo de Empleados del Banco de La Nación
Avenida Javier Prado Este 2499 - San Borja
Presente. -

Asunto : Continuidad de afiliación al Programa de Asistencia Médica – PAM
Pensionistas por viudez

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 pensionista 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 fijo N°..... celular N°,
correo electrónico....., me presento ante usted a
fin de solicitar:

- () **Afiliación al Feban**, autorizando el descuento de S/ 25.00 (Veinte y 00/100 Soles) mensuales para los pensionistas en Lima y S/ 22.00 (Diecisiete y 00/100 Soles) mensuales para los pensionistas en Provincia (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 como titular y de ser el caso de los afiliados dependientes (hijos).
- () **Afiliación al PAM**, autorizando el descuento del afiliado facultativo, del titular fallecido (Padres).
- () **Afiliación al Fondo de Contingencia** autorizando el descuento como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes y facultativos que declare.

Asimismo, 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 del DNI como viuda.*
- ☐ *Copia de la partida de matrimonio o acta de sentencia de unión de hecho.*
- ☐ *Copia del acta de defunción.*
- ☐ *Foto Actualizada.*
- ☐ *Pago de aportes del mes en curso.*

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 aportes del mes en curso.*

Para los afiliados facultativos del titular fallecido (madre y/o padre)

- ☐ *Copia de DNI vigente de cada uno..*
- ☐ *Copia de la partida de nacimiento del titular fallecido.*
- ☐ *01 fotografía tamaño carné por cada afiliado.*
- ☐ *Pago de aportes del mes en curso.*

De conformidad con la Ley N° 29733 y su reglamento, el Feban utilizará mis datos personales y los de minúcleo familiar, 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 familiar.

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 familiar 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 y huella del solicitante

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. *Es obligación de la viuda presentar una copia de la resolución que le otorga la pensión, dentro del plazo máximo de treinta (30) días a partir de la fecha que le fuera notificada.*
3. *En caso el afiliado se encuentre sobregirado, deberá comunicarse con el Área de Cobranzas y Recuperaciones para regularizar dicha situación.*
4. *Cuando el afiliado adeuda más de 02 (dos) aportes será suspendido, previa notificación de Feban. Se hará efectiva la disolución del Contrato, y la consecutiva desafiliación del titular y sus dependientes, luego de 30 días calendario de haberse iniciado la suspensión de la cobertura, en caso se mantenga el incumplimiento de pago.*
Luego de la anulación del contrato para el titular y sus dependientes, este no podrá rehabilitarse.

5. *A los hijos dependientes que hayan cumplido los 25 años, el sistema automáticamente los inactiva definitivamente.*
6. *Cuando el afiliado titular y/o sus dependientes cumplan años pasarán automáticamente al nuevo costo, según su grupo etario.*

Oficina de afiliaciones

Fecha de afiliación:

Observaciones

.....

.....
 Firma del responsable de afiliación

Autorización de datos personales

(Este documento debe ser llenado y firmado por cada dependiente mayorde 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.

..... dede 20....

.....

Firma y huella

ANEXO

CUADRO DE APORTACIONES MENSUALES

(INFORMACIÓN PARA EL AFILIADO)

APORTES FEBAN		
LIMA	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 25.00
PROVINCIAS	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 22.00
APORTES SEGURO DE VIDA	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00

APORTE PAM

	Ambulatorio	Hospitalario
IMA	S/.15,000	S/.40,000
Rango Etario	Aporte	
Hijos (c/u.) de 0 a 25 años	S/ 20.98	
Afiliado de 18 a 35 años	S/ 45.08	
Afiliado de 36 a 45 años	S/ 56.35	
Afiliado de 46 a 55 años	S/ 67.62	
Afiliado de 56 a 65 años	S/ 75.13	
Afiliado de 66 a 75 años	S/ 82.65	
Afiliado de 76 a más años	S/ 86.40	
Padres (c/u.)	S/ 152.84	

APORTE FONDO DE CONTINGENCIA

Rango Etario	Aporte
Hijos (c/u.) de 0 a 25 años	S/ 1.75
Afiliado de 18 a 35 años	S/ 3.76
Afiliado de 36 a 45 años	S/ 4.70
Afiliado de 46 a 55 años	S/ 5.64
Afiliado de 56 a 65 años	S/ 6.26
Afiliado de 66 a 75 años	S/ 6.89
Afiliado de 76 a más años	S/ 7.20
Padres (c/u.)	S/ 12.74

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA SU CONOCIMIENTO

Lima, 1 de noviembre de 2025

Estimado usuario, le informamos que el Reglamento del Programa de Asistencia Médica del Fondo de Empleados del Banco de la Nación se encuentra en proceso de revisión para su posterior modificación por las autoridades institucionales, lo que incluye la modificación de tarifas.

Por lo que, oportunamente, se le comunicará las nuevas prestaciones y planes que entren en vigencia, a efectos que el afiliado pueda decidir la migración del plan contratado, en caso lo considere y estime conveniente a sus intereses.

Gracias por su comprensión.

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 insulín dependiente, sin mención de complicación														
Hiperlipidemia mixta														
Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y gota tofácea														
Enfermedad de párkinson														
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														
Insuficiencia renal crónica, no especificada														
Hiperplasia de la Próstata														
Otras enfermedades (*)														

(*) 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