

,.....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**  
**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 en domicilio N°....., número de celular .....,  
cesante del Banco de la Nación con código N°....., y con correo  
electrónico, ..... me  
dirijo a ustedes para solicitar:

- ( ) **Afiliación al FEBAN**, Comprometiéndome al pago de aportes de S/ 25.00 (Veinticinco y 00/100 Soles) mensuales en caso de haber laborado en alguna agencia de Lima antes del cese y S/ 22.00 (Veintidós y 00/100 Soles) mensuales en caso de haber laborado en alguna agencia de Provincia antes del cese. (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**, Comprometiéndome al pago de aportes de S/ 15.00 (Quince y 00/100 Soles) mensuales.
- ( ) **Afiliación al PAM**, Comprometiéndome al pago de aportes como titular y de los afiliados dependientes (cónyuge e hijos), según el plan de salud elegido. Seleccionar tipo de plan.  
Plan Base ( ) Plan Adicional 1 ( ) Plan adicional 2 ( )
- ( ) **Afiliación al PAM**, Comprometiéndome al pago de aportes de mi afiliado facultativo (padre), según el plan elegido. Seleccionar tipo de plan:  
Plan Base ( ) Plan Adicional 1 ( ) Plan adicional 2 ( )
- ( ) **Afiliación al PAM**, Comprometiéndome al pago de aportes 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** Comprometiéndome al pago de aportes 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 de cada uno de mi grupo familiar afiliado.
- ( ) Copia de la liquidación de beneficios sociales y certificado de trabajo.
- ( ) 01 Fotografía actual, a color, tamaño carné, de cada uno.

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, 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

**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. El titular podrá solicitar la incorporación de su cónyuge o conviviente hasta dentro de los doce meses (12) a partir del primer día que se produjo el hecho.
3. El titular podrá solicitar la incorporación de sus hijos hasta antes de cumplir 18 años.
4. En caso de incorporación de dependiente tendrán periodo de carencia de seis (06) meses. Ante una situación de emergencia (peligro inminente de la vida y salud) no se aplicará periodo de carencia.
5. Los ex trabajadores del Banco de la Nación que se afilian con la condición de cesante tendrán que asumir el pago del coaseguro y gastos no cubiertos, de manera directa al proveedor del servicio.
6. El afiliado titular deberá pagar sus aportaciones los primeros 5 días de cada mes, reportando su pago al Área de Cobranzas y Recuperaciones de forma presencial o a los correos electrónicos del personal de dicha área.
7. Cuando el afiliado adeuda más de 02 (dos) aportes será suspendido de la cobertura del plan de salud, 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.
8. Luego de la anulación del contrato para el titular y sus dependientes, este no podrá rehabilitarse.
9. Los afiliados dependientes hijos permanecerán afiliados hasta cumplir 25 años, fecha en la cual el sistema automáticamente lo desafiliará definitivamente.
10. 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: .....

Observaciones

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

.....  
Firma del responsable de afiliación

### **Autorización de datos personales**

**(Este documento debe ser llenado y firmado por 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

### Anexo 01

#### Tabla de aportes (Información para el afiliado)

Aportes Feban	N° de cuotas	Importe S/
Lima	12 cuotas al año	S/ 25.00
Provincia	12 cuotas al año	S/ 22.00
<b>Aporte Seguro de Vida</b>		
	12 cuotas al año	S/ 15.00

#### Aporte PAM

IMA	Plan Base		Plan Adicional 1		Plan Adicional 2	
	Ambulatorio	Hospitalario	Ambulatorio	Hospitalario	Ambulatorio	Hospitalario
	S/ 15,000	S/ 40,000	S/ 20,000	S/ 70,000	S/ 30,000	S/ 100,000
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

	Plan Base	Plan Adicional 1	Plan 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) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha 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 insulino dependiente, 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)		Padre		Madre	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
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