

MANUAL DE
NORMAS, FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS
DEL SISTEMA DE SEGURO DE VIDA
FONDO DE EMPLEADOS
DEL BANCO DE LA NACION

MANUAL DE NORMAS FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE SEGUROS DE VIDA

INTRODUCCION Y GENERALIDADES

- I. OBJETIVO
- II. MARCO LEGAL Y BASE ADMINISTRATIVA
- III. ALCANCE
- IV. CARACTERISTICAS Y CONDICIONES GENERALES DEL BENEFICIO
- V. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS
 - a) De Afiliación
 - b) De Cotización y Pago
 - c) Reconocimiento del beneficio
- VI. MANUAL DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS
- VII. FORMATOS Y REPORTES
- VIII. FLUJOGRAMA PROCEDIMENTAL
- IX. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

INTRODUCCION Y GENERALIDADES

El Sistema de Seguro de Vida del Fondo de Empleados del Banco de la Nación, fue instituido el 14 de octubre de 1,944, bajo la denominación de Servicios de Auxilios Mutuos – Seguro de Mortalidad.

El pago del Beneficio o Asignación, se condicionaba al siniestro del asociado y su conformación financiera inicial, se basó en aportes Institucionales, así como en los del afiliado.

Las características privativas del Sistema creado, determinaron la prelación de beneficiarios, estableciendo en primer orden, a los determinados vía declaratoria por el asociado; de no existir la misma, a los herederos legales y a falta de éstos, al Fondo de Empleados; caducando en todos los casos, la acción de cobro, transcurrido un año de la fecha de fallecimiento del causante.

La evolución en el tiempo del Sistema FEBAN, ha permitido reajustar criterios, consolidar económicamente el beneficio y últimamente proyectar su vigencia en el mediano y largo plazo, a partir de tablas siniestrales, que posibiliten administrar técnicamente los recursos.

La finalidad de este manual, se orienta a compilar las normas vigentes y los mecanismos procedimentales para la aplicación y efectivización del beneficio, así como objetivizar el mecanismo adoptado en la gestión y procesamiento del mismo.

I. **OBJETIVO**

Establecer los lineamientos, requisitos normativos y procedimientos, orientados a la concesión.

II. **NORMA LEGAL Y BASE ADMINISTRATIVA**

- Resolución de Gerencia N° 34 del 20 Ene 1,930.
- R.S. del 14 Oct 1,944.
- Acuerdo de CAFEBAN N° 159 del 14 Dic 70.
- Acuerdo de CAFEBAN N° 075 del 31 Ago 83.
- Acuerdo de CAFEBAN N° 109 del 04 Jul 85.
- Acuerdo de CAFEBAN N° 143 del 10 Set. 87.
- Acuerdo de CAFEBAN N° 238 del 28 Ene 93.
- Acuerdo de CAFEBAN N° 251 del 10 Feb 95.
- Acuerdo de CAFEBAN N° 256 del 28 Feb 96.
- Acuerdo de CAFEBAN N° 258 del 02 Feb 96.

III. **ALCANCE**

El Beneficio de Seguro de Vida, alcanza con sujeción a las normas vigentes y cotizaciones, a los siguientes afiliados:

- A los trabajadores del Banco de la Nación y Fondo de Empleados cualesquiera sea su régimen laboral.
- A los ex - trabajadores del Banco de la Nación y Empresas Disgregadas que mantengan la condición de afiliados.

IV. CARECTERISTICAS Y CONDICIONES GENERALES DEL BENEFICIO.

- El monto del capital se establece periódicamente por acuerdo del Comité de Administración del Fondo de Empleados y se encuentra concatenado a la posición financiera del Sistema, así como a las provisiones y reservas técnicas del mismo.
- El capital del Seguro es de libre disposición, entregándose al (a los) beneficiario(s) designado (s) por el Asegurado, en la correspondiente carta declaratoria.

A falta de Declaratoria de Beneficiarios, el pago del Capital se hará a los herederos testamentarios o herederos legales según sea el caso.

- No se requiere presentación de nuevas cartas Declaratorias, cada vez que se produzca la elevación del monto del capital, asumiéndose una redistribución porcentual de mayores sumas entre los mismos beneficiarios instituidos en la Carta Declaratoria que obra en el FEBAN, así como en la Notaria correspondiente.
- La suma correspondiente a menores de edad o a mayores incapaces, se empozará en una cuenta de ahorros, en la institución Financiera que señalen los Tutores o curadores de los mismos.

De no existir comunicación al respecto, el Fondo de Empleados empozará el beneficio en una institución financiera, con la que mantenga relaciones comerciales o financieras.

- El asegurado puede modificar su carta declaratoria de beneficiarios, cada vez, que lo juzgue conveniente.
- La opción de cobro del beneficio, estará supeditado al pago mensual, puntual y efectivo del aporte, caducando automáticamente el seguro, en el caso que, si por

cualquier circunstancia, se dejará de pagar el aporte por más de dos cuotas consecutivas.

Igualmente se precisa que la acción para reclamar el seguro, caduca al año de la fecha de fallecimiento del causante.

- El capital se pagará a los beneficiarios instituidos o legales, siempre que se hubiese producido el primer descuento efectivo, siguiendo similar criterio, para los casos en los que se haya producido variación o incremento de capital.
- El capital se pagará parcialmente y en porcentajes ascendentes al 25% y 50% del mismo, cuando el Afiliado en vida, fue perceptor de adelantos en el 100% y 50% del premio.
- El FEBAN, queda facultado para afectar el beneficio del Seguro de Vida, para cubrir las deudas generadas por el titular que al momento de fallecimiento quedaran insolutas por no existir cobertura de seguro específico.

Igualmente, se precisa que el capital estará afecto hasta por un importe ascendente al 50% del neto por cobrar, por lo cual el afiliado deberá expresarlo por escrito.

- La petición orientada al reconocimiento del pago del beneficio, puede ser invocada, por cualquier persona, que tenga legítimo interés o expectativa del mismo.

V. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS.

a) De Afiliación

Son sujetos de afiliación o incorporación al Sistema, los trabajadores o ex - trabajadores del Banco de la Nación, FEBAN y Empresas Disgregadas, que con sujeción a la normatividad respectiva, cotizan al Sistema, y han manifestado por libre voluntad y con arreglo al procedimiento notarial convenido, a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.

La condición de afiliado se sujeta al cumplimiento de los siguientes requisitos y procedimientos:

- Ser trabajador activo, pensionista, FEBAN o de Empresas Disgregadas.
- Efectuar declaración de beneficiarios ante Notario (Registro de Comparecencia).
- Presentar ante FEBAN, original de Carta Declaratoria, con firma legalizada por Notario tenedor de Registro de comparecencia.

b) **De Cotización y Pago de Aportes**

El derecho de afiliación así como el de efectivización del beneficio, se supedita al cumplimiento de las siguientes condiciones:

- Al aporte por planilla, del importe de la prima mensual, en forma continua e ininterrumpida, estando obligado el asociado al pago directo al FEBAN, en caso de no producirse ésta, por iliquidez o imposibilidad administrativa.
- La omisión o abstención en el pago de dos o más cuotas; ya sea por atraso, sobregiro o iliquidez, exime al Sistema de todo reconocimiento.

c) **Del reconocimiento y Pago del beneficio.**

El reconocimiento del beneficio, implica el cumplimiento de la presentación de los siguientes documentos:

1. Solicitud.
2. Copia legalizada del D.N.I. de la persona solicitante
3. Partida de Defunción (original)
4. Certificado Médico de Defunción.
5. Copia simple del D.N.I. del fallecido
6. Copia de Boletas de Ingresos y Descuentos (2 últimas).

VI

MANUAL DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SEGURO DE VIDA

| INTERVINIENTE | FASE | I PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCION EN SISTEMA |
|--|------|--|
| Asociado | A | Se apersona a Oficina FEBAN S.S.V. o Banco de la Nación de Provincias y recaba formulario de Declaratoria y cartilla de orientación |
| Encargado de S. S. V. o Jefe B.N. de Provincia | B | Verifica condición laboral y/o pensionaria y entrega formato registrando a solicitante con D.N.I. y Domicilio. |
| Asociado | C | Llena formato se apersona a Notaria Pública convenida por FEBAN, solicitando legalización de firma. |
| Notario Público | D | Identifica al asociado, legaliza firma y complementariamente hace llenar Registro de Comparecientes. |
| Asociado | E | Recaba Declaración de Beneficiarios legalizada y retorna al Sub – Area de Seguros o Jefatura de Ag. De Provincia ingresa la misma, y solicita cargo de entrega. |
| Encargado de S.S.V. | F | <ul style="list-style-type: none"> - Registra entrega en base de datos de sistema, verifica aportación y alternativamente ingresa o reingresa importe de cotización . - Sobre de declaración es visado y entregado a la Jefatura de Sub Area de Seguros, quien resella al dorso y certifica para su custodia |
| Jefe del B.N. de Provincia | G | Registrada su recepción, remite a S.S.V. de Lima siguiéndose en dicha etapa el proceso establecido. |



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SEGURO DE VIDA

| INTERVINIENTE | FASE | II PROCEDIMIENTO PARA CONFORMACION DE BANCO DE DATOS, EMISION DE APORTES Y MANTENIMIENTOS DEL SISTEMA |
|--------------------|------|---|
| ENCARGADO DE S.A.S | | <p>Recepciona el sobre de beneficiarios, ingresos generales del asociado, origen y condición laboral, zona administrativa de desempeño o cobro de pensión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mensualmente confronta base de datos con información del Dpto. RR.II (Pensiones), así como datos por cobros de gastos de Sepelio, PAM. - Mensualmente emite cargos de aportes o sobregiros los cuales, independientes del proceso contable de Ctas. Cte. deberán ser conciliadas y confrontadas con los abonos efectuados por planilla, ticket, u otras modalidades extraordinarias - Bimensualmente, deberá notificarse aquellos asociados que reflejen adeudos superiores a los tres meses, a efecto de que cancelen los aportes pendientes, bajo apercibiendo de desafiliación o pérdida de beneficio en caso de siniestro. - Vencido el año de carencia de aportes, el omiso será desafiliado, y perderá la condición de asegurado. |



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SEGURO DE VIDA

| INTERVINIENTE | FASE | III PROCEDIMIENTO PARA RECONOCIMIENTO Y PAGO DEL BENEFICIO |
|----------------------------------|------|--|
| Interesado o Beneficiario | | - Presenta solicitud a la mesa de partes del FEBAN, acompañando los siguientes documentos:: a) Copia legalizada del DNI del solicitante b) Partida de Defunción del afiliado fallecido, (en original) . c) Copia simple Certificado de Defunción del Afiliado fallecido d) Copia de las Boletas de Ingresos y Egresos del Afiliado, (dos últimas) e) Copias de facturas de gastos de sepelio, en caso de no haber sido atendido este por el PAM |
| Encargado de S.S.V. | | - Recepciona documentos de mesa de partes - - Verifica siniestro en base de datos PAM así como solicita confirmación al Dpto. de Personal, sobre fallecimiento de asociado. - - Simultáneamente solicita al Notario, fecha para apertura de sobre y confrontación con registro de comparecientes. - - Verifica aportaciones al sistema - |
| Notario | | - Apertura sobre y confronta contenido, expidiendo certificación y fe Notarial en libro de actas de FEBAN. - |
| Encargado de S.S.V. | | - Efectúa liquidación y recibos de pago, verificando previamente, si ha decepcionado adelantos, para la correspondiente deducción. - |



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SEGURO DE VIDA

| INTERVINIENTE | FASE | PROCEDIMIENTO ANALITICO DE PAGO DE BENEFICIOS |
|--------------------------------|------|--|
| Encargado S.A.S. | A | Emite una orden de pago por cada beneficiario de edad adulta (En Original y copia) teniendo en cuenta en caso de ser menor de edad; la necesidad de incluir en la orden de pago, una observación, indicando que el cheque debe ser emitido a nombre de un Banco Comercial en el que se abrirá una cuenta en custodia, anexa copia a expediente |
| Jefe S.A.S. | B | Visa la orden de pago y copia, remitiendo el expediente a control (Finanzas) |
| Jefe Administración y Finanzas | C | Visa la orden de pago, original y copia, remitiendo expediente a Gerencia |
| Gerente | D | Visa la orden de pago original, remitiendo expediente a la S.A.S. |
| Jefe S.A.S. | E | Remite orden de pago original a Tesorería en caso de Provincias se remite vía fax a la Agencia del B.N. que haya indicado el beneficiario |
| Encargado de Tesorería | F | Emite los cheques por cada una de las ordenes de pago, y los envía con sus ordenes de pago a funcionarios autorizados para la firma |
| Funcionario | G | Verifica ordenes de pago y suscribe cheques, devolviendo a tesorería |
| Beneficiario o Apoderado | H | Si el Beneficiario o Apoderado es mayor de edad, se acerca a caja y comunica su deseo de retirar el cheque generado a su nombre, previa presentación de documentos legales, tales como D.N.I., partidas de matrimonio legalizadas; etc. (A criterio identificadorio de cajero) |
| Encargado S.A.S. | I | Si el beneficiario es menor de edad, se comunica a caja , el retiro del cheque a nombre del Banco en el que se abrirá la cuenta en custodia |
| Cajero | J | Verifica la identidad a través del D.N.I. o C.I. del que retira el cheque y en caso de ser Apoderado, solicita el poder que lo faculta, para luego de su conformidad, entregar el cheque |
| Encargado S.A.S. | K | Se acerca al Banco y abre una cuenta en custodia M. E. a nombre del beneficiario cuando es menor de edad |
| Encargado de Tesorería | L | Transcurrido tres meses de emitido el cheque al beneficiario y de no haber sido retirado este de caja (Lima o Provincia), se elabora un asiento contable de anulación de cheque, remitiendo una copia a cada uno de los correntistas y a la S. A. S. |
| Encargado S.A.S. | M | Archiva copia del asiento contable de anulación en el expediente respectivo, conciliando la cuenta bancaria, si el beneficiario se presenta posteriormente a cobrar el cheque una vez anulado, se procede a la emisión de una nueva orden de pago |



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SEGURO DE VIDA

| INTERVINIENTE | FASE | PROCEDIMIENTO PARA MODIFICACION DE DECLARATORIA DE BENEFICIARIOS |
|----------------------------|-------------|---|
| Asociados | A | Solicita a la Sub – Area de Seguros, modificar su declaración de beneficiarios |
| Encargado de S.A.S. | B | Verifica sus aportaciones y si se encuentra al día, le dá la Conformidad |
| Encargado de S.A.S. | C | Verifica en el registro de declaración de Beneficiarios, el numero que obtuvo al llenar el Registro de Comparecientes, para anotarlo en la nueva solicitud que le entregará |
| Asociado | D | Recibe la cartilla y la solicitud Declaratoria de Beneficiarios con sello de DUPLICADO , simultáneamente se le anota el numero que obtuvo al llenar el Registro de Comparecientes. |
| Asociado | E | Llena el formulario y lo lleva al Notario Público para legalizara su firma y modificar el Registro de Comparecientes |
| Notario Público | F | Localiza el Registro de Comparecientes su anterior Declaración para anularla, en presencia del asociado |
| Notario Público | G | Después de haber anulado la antigua declaración, legaliza la firma de la nueva |
| Asociado | H | Asociado llena el Registro de Comparecientes dando fe del acto, el Notario Público |
| Asociado | I | Asociado recibe de la Notaria, su declaración legalizada , la cual es entregada a la Sub- Area de Seguros para el archivo de Declaratoria de Beneficiarios |

VII

FORMATOS Y REPORTES

Lima, _____ de _____ de _____

Señor
GERENTE DEL FONDO DE EMPLEADOS
DEL BANCO DE LA NACION
Presente.-

Asunto : Afiliación al Sistema del Seguro de Vida-FEBAN

YO, _____, identificado (a)
con D.N.I. No. _____, código No. _____, domiciliado(a) en
_____, solicito mi Afiliación al Sistema
de Seguro de Vida del FEBAN y se sirvan proporcionarme el formato de Declaración Jurada de Beneficiarios,
indicándome los procedimientos a seguir.

En virtud de lo expuesto, autorizo al FEBAN el descuento de la aportación mensual correspondiente. Asimismo,
adjunto:

- Copia de mi última Boleta de Ingresos y Egresos.
- Copia simple de mi DNI

Sin otro particular, agradeciendo la atención que merezca la presente, quedo de ustedes.

Atentamente,

FIRMA

HUELLA DIGITAL

DEPENDENCIA : _____
TELEFONOS : _____
FECHA DE NACIMIENTO : _____

Lima, _____ de _____ del _____

Señor
GERENTE DEL FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA
NACIÓN
Presente.-

Asunto: Pago Beneficio del Seguro de Vida - FEBAN

Por intermedio de la presente me dirijo a usted, para manifestarle que con fecha _____ del _____ de _____ ha fallecido, mi señor (a) _____ don/(doña) _____ identificado con código N° _____, por lo que solicito a usted, se sirvan disponer a quien corresponda se proceda al pago del beneficio del Seguro de Vida, a los beneficiarios instituidos en la Declaración Jurada, que se encuentre en sobre cerrado, a la carencia de está a los herederos legales de conformidad a la Sucesión Intestada, que se adjunta.

Asimismo, Adjunto los siguientes documentos:

- Copia fotostática legalizada de mi DNI.
- Acta de Defunción original.
- Copia fotostática DNI fallecido(a).
- Copia de Certificado de Defunción.
- Copias de las 02 últimas boletas de ingresos y egresos.

Sin otro particular, agradeciendo la atención que merezca la presente, quedo de ustedes.

Atentamente,

FIRMA

HUELLA DIGITAL

Nombres completos : _____

DNI : _____

Domicilio : _____

Teléfonos : _____

Lima, _____ de _____ del _____

Señores:
FONDO DE EMPLEADOS
DEL BANCO DE LA NACION
PRESENTE

**ASUNTO : Renovación Declaración Jurada de
Beneficiarios del Seguro de Vid - FEBAN**

Yo, _____ identificado(a) con DNI
Nº _____, Código Nº _____, laborando en la dependencia
en _____, deseo realizar el CAMBIO
DE BENEFICIARIOS de mi Seguro de Vida, por lo que agradeceré se sirvan proporcionarme un nuevo formato de
Declaración Jurada de Beneficiarios, indicando los procedimientos a seguir; **para cuyo efecto adjunto copia
fotostática de mi DNI.**

Sin otro particular, agradeciendo la atención que merezca la presente, quedo de ustedes.

Atentamente

FIRMA

HUELLA DIGITAL

Domicilio : _____
Fecha Nacimiento : _____
Teléfono : _____

REGISTRO DE COMPARECENCIA

Yo....., afiliado al FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN, con código con D. N. I., en mi condición de del Banco de la Nación, domiciliado en
(Activo, Pensionista, FEBAN, Emp. Disgregadas)

Declaro por mi propia voluntad que el importe del capital del Seguro de Vida que a la fecha asciende a la suma de S/....., Nuevos soles, sea entregado a mi fallecimiento, a las personas que seguidamente menciono en los porcentajes y /o montos fijados; quedando entendido; que si el capital del mencionado Seguro fuera modificado posteriormente, la distribución se hará entre las mismas personas observándose la proporción porcentual que se deduce de esta distribución:

| No. | APELLIDO PATERNO | MATERNO | NOMBRES | PARENTESCO | MONTO | % |
|-----|------------------|---------|---------|------------|-------|-------|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |

Firmo la presente en testimonio expreso de aceptar lo manifestado, con mi firma y huella digital en este REGISTRO DE COMPARECENCIA ante el Notario Lima,..... de..... de.....

.....
Firma y Huella digital

LEGALIZACION DE LA FIRMA

El infrascrito.....

Certifica

Que Don (ña)..... con D. N. I:, ha firmado en mi presencia este registro, manifestando que esta firma es la que acostumbra a usar en todos sus actos públicos y privados.
 Lima,..... de de



DECLARACION VOLUNTARIA DEL CAPITAL DEL SEGURO DE VIDA

Yo....., código....., afiliado al FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN, en mi condición de del Banco de la Nación.

(Activo, Pensionista, FEBAN, Emp. Disgregadas)

Declaro que es mi voluntad que el importe del capital del Seguro de Vida que a la fecha asciende a la suma de S/....., sea entregado a mi fallecimiento, a las personas que seguidamente menciono en los porcentajes y /o montos fijados; quedando entendido; que si el capital del mencionado Seguro fuera modificado posteriormente, la distribución se hará entre las mismas personas observándose la proporción porcentual que se deduce de esta distribución:

01- A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) S/

02 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I.

03 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I.

04 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I.

05 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I.

06 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I.

07 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I.

08 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I.

09 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I.



10 A mi don (ña)

D.N.I. Le dejo el (%) D.N.I

Dejo expresa constancia que esta declaración deja sin efecto y sin valor alguno, la Carta de Beneficiarios o documento similar que hubiera firmado con fecha anterior a la presente.

Firmo el presente en testimonio expreso de conocer y aceptar las anotaciones insertas en el presente formulario.

En..... de..... de 20.....

FIRMA DEL DECLARANTE

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| D. N. I..... | Huella Digital |
| Domicilio:..... | (Índice derecho) |

LEGALIZACIÓN DE LA FIRMA

El infrascrito.....

Certifica:

Que don..... con D. N. I....., ha firmado en mi presencia este formulario, manifestando que es la que acostumbra a usar en todos sus actos públicos y privados.

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

(Firma y sello del Notario)

El pago del Capital del Seguro de Vida se efectuará de conformidad al monto aprobado por el Comité de Administración del Fondo de Empleados -- CAFEBAN --, a la fecha de fallecimiento.

Normas Aplicables al Seguro de Vida:

1. Si al fallecer un afiliado por omisión no hubiera distribuido el íntegro de su Seguro de Vida, la diferencia pendiente se abonará a los beneficiarios consignados en la presente declaración, en la misma proporción declarado por el afiliado. Igual procedimiento se aplicará en el caso de producirse el fallecimiento de uno (s) de los beneficiarios antes del fallecimiento del titular.
2. Si producido el fallecimiento del afiliado sin haber distribuido el Capital del Seguro de Vida, el monto de dicho Seguro deberá pagarse a sus herederos testamentarios o legales, exigiéndoles como único requisito para el pago, la presentación del título que acredite su derecho (Testamento, Declaratoria de Herederos ó Sucesión Intestada), sin perjuicio a probar su identidad personal.
3. Las deudas que a la fecha del fallecimiento existieran a favor del Fondo de Empleados, por cualquier concepto, excepto las que tengan garantía específica, serán descontadas íntegramente en forma proporcional de la participación que corresponda a cada uno de los beneficiarios de este Seguro.

FEBAN

FONDO DE EMPLEADOS



**CARTILLA DE ORIENTACION PARA INSCRIBIRSE EN EL
SISTEMA DE SEGURO DE VIDA FEBAN**



CARTILLA DE ORIENTACION PARA INSCRIBIRSE EN EL SISTEMA DE SEGURO DE VIDA FEBAN

El Sistema Seguro de Vida administrado por el FEBAN, tiene carácter de potestativo y voluntario, en cuanto a los beneficiarios por designar y a los montos de distribuir.

En dicho sentido, el procedimiento para su afiliación es el mismo, implica el cumplimiento de los siguientes requisitos y procedimientos:

- Ser trabajador del Banco de la Nación, FEBAN, cesante o ex – servidor de las Empresas Disgregadas.
- Cotizar mensualmente al Sistema Fondo de Empleados.
- Cotizar mensualmente al Sistema Seguro de Vida

PROCEDIMIENTOS PARA INSCRIBIRSE EN EL SISTEMA SEGURO DE VIDA FEBAN

1. Presentar solicitud dirigida al Gerente del FEBAN, pidiendo ser inscrito en el Sistema Seguro de Vida FEBAN (según modelo a recabar en el FEBAN).
2. Llenar la Declaración de Beneficiarios legalizando su firma ante el Notario Público, y simultáneamente inscribirse en el Registro de Comparecencia, del mismo Despacho Notarial.
3. Entregar declaración de Beneficiarios en Mesa de Partes del FEBAN (caso de Lima); o a Jefatura de Oficina de Sucursal o Agencia (caso de Provincias).

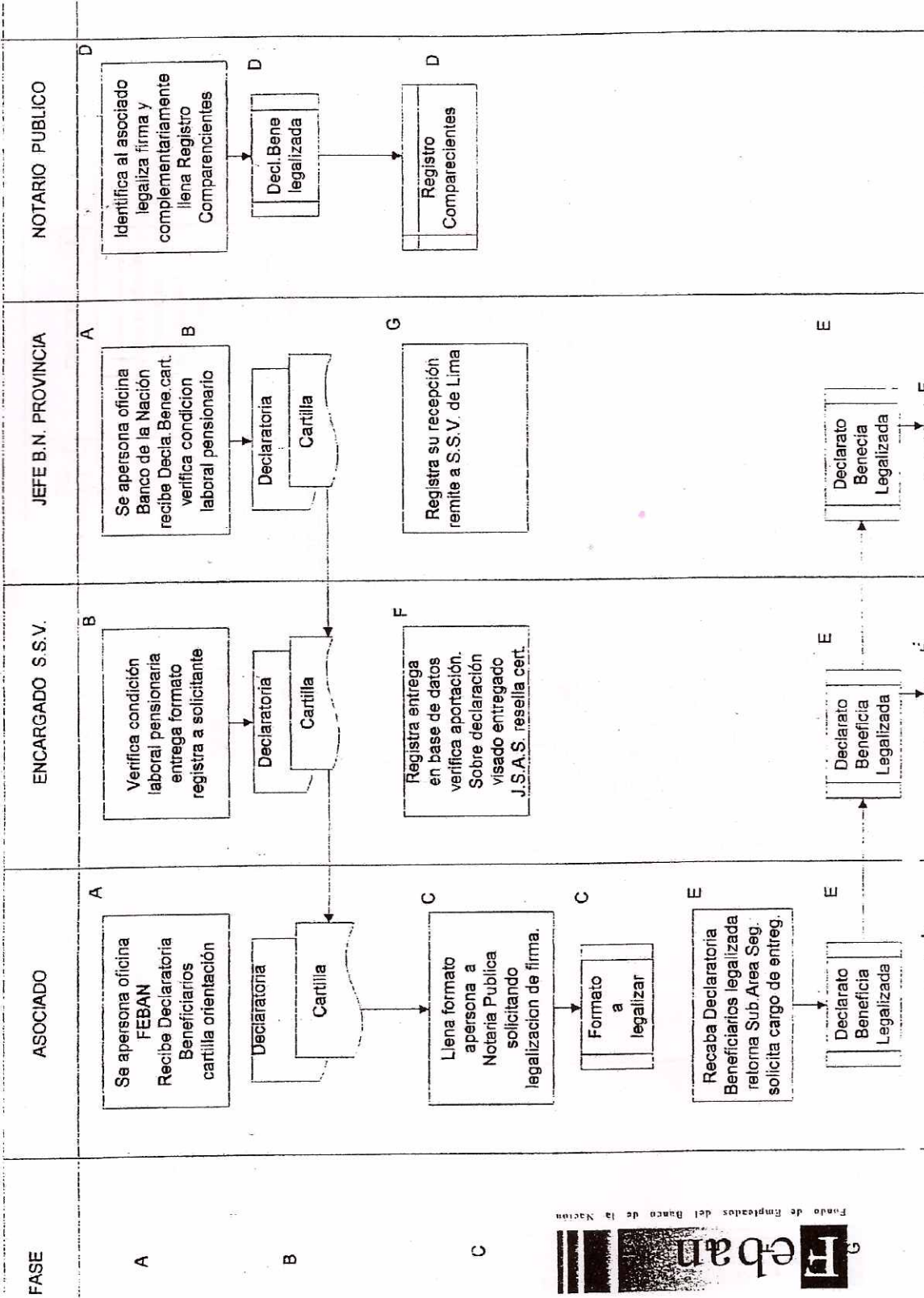
VIII

FLUJOGRAMA PROCEDIMENTAL



FLUJOGRAMA PROCEDIMENTAL DEL SEGURO DE VIDA

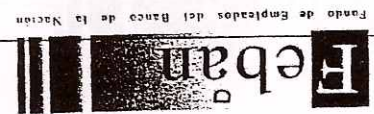
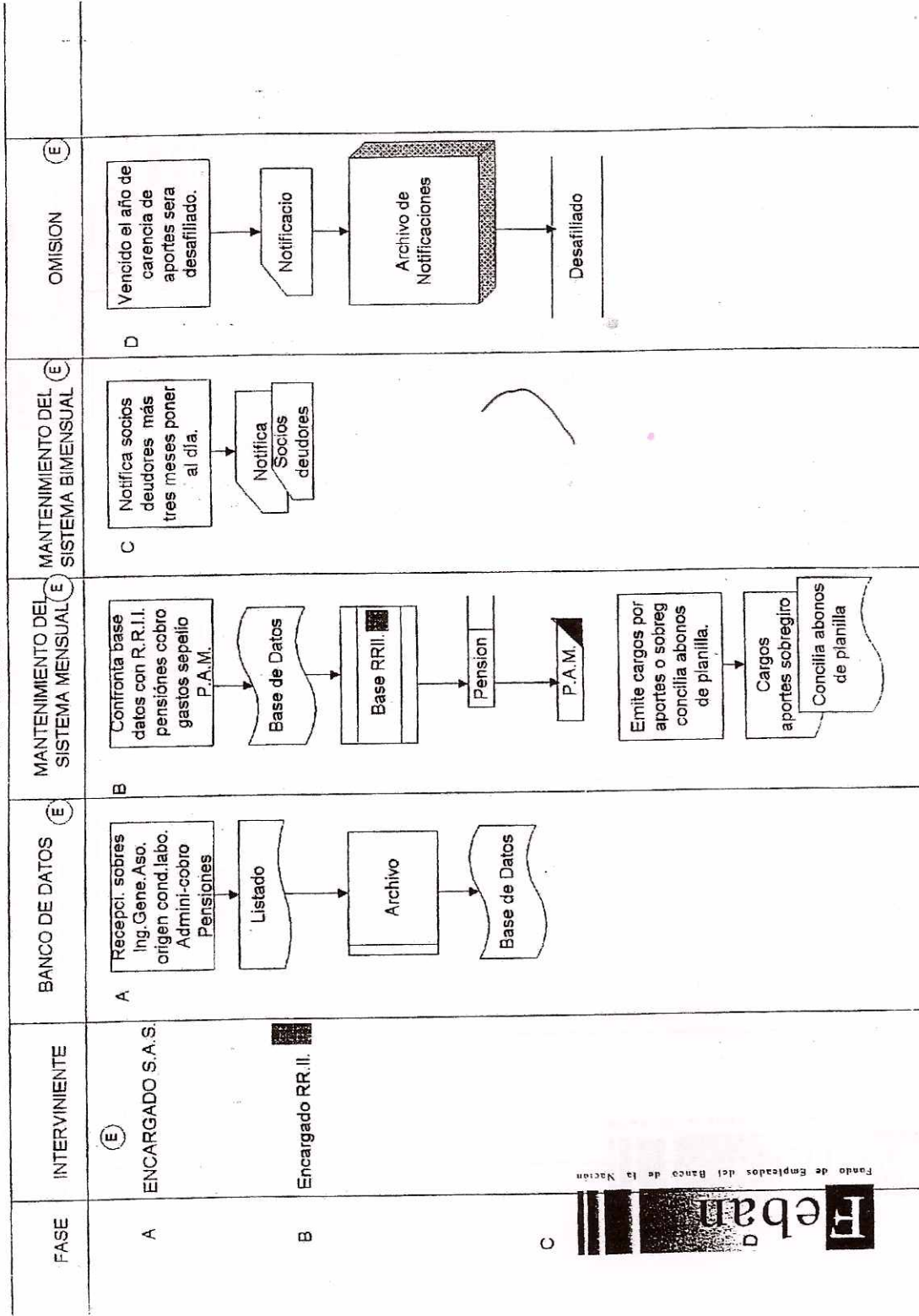
I PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCION EN SISTEMA





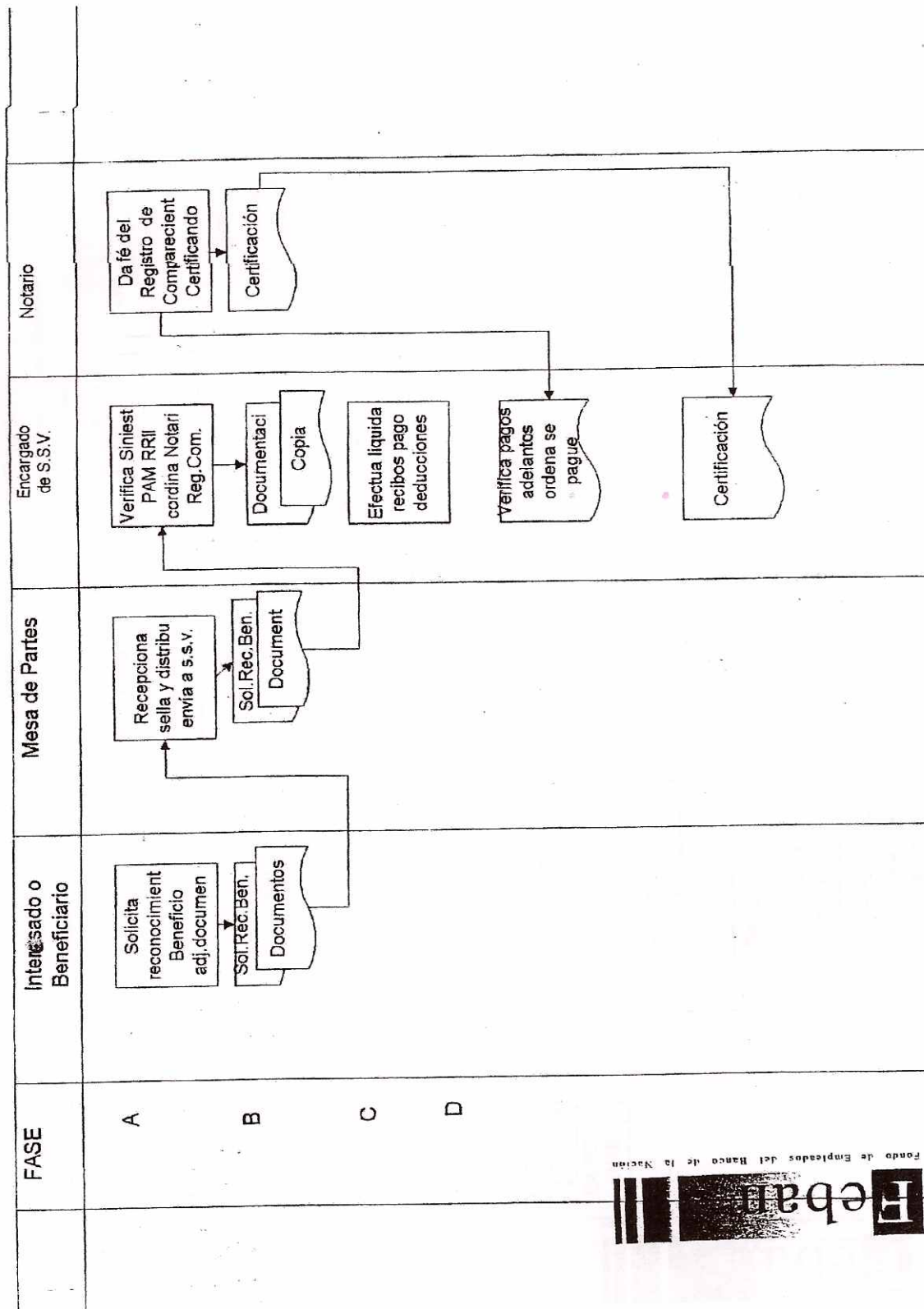
FLUJOGRAMA PROCEDIMENTAL DEL SEGURO DE VIDA

II PROCEDIMIENTO PARA CONFORMACIÓN DE BANCO DE DATOS, EMISIÓN DE APORTES Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA





FLUJOGRAMA PROCEDIMENTAL DEL SEGURO DE VIDA
III PROCEDIMIENTO PARA RECONOCIMIENTO Y PAGO DEL BENEFICIO





**FLUJOGRAMA PROCEDIMENTAL DEL SEGURO DE VIDA
PROCEDIMIENTO PARA MODIFICACIÓN DE DECLARATORIA DE BENEFICIARIOS**

