



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

SEÑORES:
FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN
Jr. Camaná N° 390 – Lima Cercado
Presente.-

Asunto : Afiliación al Programa de Asistencia Médica

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°, con Código de Trabajador N°....., con domicilio en Distrito de, Provincia de y Departamento de, con Teléfono fijo, Celular, teléfono de trabajo y anexo, y con correo electrónico, me dirijo a ustedes para solicitarle:

- () Afiliación al FEBAN, autorizando el descuento de S/. 15.00 (Quince y 00/100 Nuevos Soles) mensuales para los residentes en Lima y S/. 12.00 (Doce y 00/100 Nuevos 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 Nuevos Soles) mensuales.
- () Afiliación al PAM, autorizando el descuento como titular y de ser el caso, de los afiliados dependientes y facultativos que declare (Anexo).
- () Afiliación al Fondo de Contingencia autorizando el descuento correspondiente (Anexo)

Así mismo 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/o copia de memorando de Nombramiento (Trabajadores Activos) Resolución emitida por la División de Pensiones del Banco de la Nación (Pensionistas) Liquidación de Beneficios Sociales (Cesantes 19990)
- () 01 Fotografía a color tamaño carné
- () Pago de S/. 5.00 (Cinco y 00/100 Nuevos Soles) por emisión de carné PAM*

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 de la partida de matrimonio o Reconocimiento de Unión de Hecho
- () 01 Fotografía a color tamaño carné
- () Pago de S/. 5.00 (Cinco y 00/100 Nuevos Soles) por emisión de carné PAM

Padre

- () Copia de DNI vigente del padre
- () Copia de la partida de nacimiento del titular
- () 01 Fotografía tamaño carné
- () Pago de S/. 5.00 (Cinco y 00/100 Nuevos Soles) por emisión de carné PAM

Madre

- () Copia de DNI vigente de la madre
- () Copia de la partida de nacimiento del titular
- () 01 Fotografía tamaño carné
- () Pago de S/. 5.00 (Cinco y 00/100 Nuevos Soles) por emisión de carné PAM

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 S/. 5.00 (Cinco y 00/100 Nuevos Soles) por emisión de carné PAM por 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

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 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 a la brevedad posible; en caso no sean subsanados, su solicitud será archivada.
- 2.- La emisión y entrega de carné(s) PAM se realizará una vez vencido el periodo de carencia, en el caso de los titulares al 3er mes de aportación efectiva y en el caso de los dependientes al 6to mes de aportación efectiva, no se considera aportaciones por gratificaciones)
- 3.- Cuando el afiliado adeuda más de 3 aportes serán desafiliados.

OFICINA DE AFILIACIONES

Fecha de afiliación.....

NOTAS:.....

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

.....
Firma Responsable de Afiliación



AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES

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.

Lima, de de 20....

.....
FIRMA

NOTA: PARA SER LLENADO Y FIRMADO POR LOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS.

ANEXO 01

MONTOS ASEGURABLES ANUALES

IMA AMBULATORIO	S/. 12,000.00
IMA HOSPITALARIO	S/. 36,000.00

APORTACIONES

APORTES FEBAN		
LIMA	12 CUOTAS AL AÑO	S/. 15.00
PROVINCIAS	12 CUOTAS AL AÑO	S/. 12.00
APORTES SEGURO DE VIDA		
	12 CUOTAS AL AÑO	S/. 15.00

CONDICION		APORTES PAM 12 CUOTAS AL AÑO	FONDO DE CONTINGENCIA 12 CUOTAS AL AÑO
ACTIVOS	TITULAR ACTIVO	S/. 68.04	S/. 4.86
	CONYUGE	S/. 34.02	S/. 2.43
	PADRE	S/. 136.08	S/. 9.72
	MADRE	S/. 136.08	S/. 9.72
	HIJO	S/. 17.01	S/. 1.21
PENSIONISTA NIVELABLE	TITULAR PENSIONISTA	S/. 76.44	S/. 5.46
	CONYUGE	S/. 38.22	S/. 2.73
	PADRE	S/. 152.88	S/. 10.92
	MADRE	S/. 152.88	S/. 10.92
	HIJO	S/. 19.11	S/. 1.37
TRABAJADOR FEBAN	TITULAR ACTIVO	S/. 70.00	S/. 5.00
	CONYUGE	S/. 35.00	S/. 2.50
	PADRE	S/. 140.00	S/. 10.00
	MADRE	S/. 140.00	S/. 10.00
	HIJO	S/. 17.50	S/. 1.25

		12 CUOTAS AL AÑO	12 CUOTAS AL AÑO
NO NIVELABLES Y OTROS	TITULAR PENSIONISTA	S/. 81.24	S/. 6.77
	CONYUGE	S/. 40.62	S/. 3.39
	PADRE	S/. 162.48	S/. 13.54
	MADRE	S/. 162.48	S/. 13.54
	HIJO	S/. 20.31	S/. 1.69

ANEXO 02

Cuando los hijos cumplen la mayoría de edad (18 años):

- Cuando el afiliado dependiente hijo cumple 18 años, el sistema automáticamente los inactiva.
- Para la continuación en el programa deben de presentar los documentos sustentatorios de estudios superiores además de adjuntar los otros requisitos, los mismos que deben ser entregados anualmente, al día siguiente de haber cumplido años.
- A los hijos dependientes que hayan cumplido los 25 años, el sistema automáticamente los inactiva.