

.....de.....del.....

Señores
FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACION
Presente.-

Asunto : Afiliación por Orfandad 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.

El FEBAN sólo utilizará los datos personales de menores de edad con el previo consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales.

Yo, con DNI N°..... en la
Condición de del Titular por Orfandad,
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..... y con
teléfono N°.....

Me presento ante usted a fin de solicitar:

- () Afiliación al FEBAN autorizando el descuento de S/ 15.00 (Quince y 00/100 Soles) mensuales para los residentes en Lima y S/ 12.00 (Doce y 00/100 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 PAM, autorizando el descuento de aportes como titular (Anexo)
- () Afiliación al Fondo de Contingencia autorizando el descuento de aportes como titular (Anexo)

Adjunto los siguientes requisitos para mi afiliación:

- () Resolución Administrativa de Orfandad emitida por la División de Pensiones del Banco de la Nación.
- () Copia de la última boleta de pago.
- () Copia del DNI de la madre o apoderado.
- () Copia del DNI de titular por orfandad.
- () Partida de Nacimiento de Titular por Orfandad.
- () Copia del Acta de Defunción del pensionista.
- () Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 Soles).

De conformidad con la Ley N° 29733 y su Reglamento, el FEBAN utilizará los datos personales brindados, 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 suministrados 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.

De acuerdo con las normas citadas, estamos facultados a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición mediante comunicación escrita.

Finalmente se autoriza que la información brindada 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.*

.....
FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

NOTA: Los afiliados deberán regularizar los aportes por los meses dejados de pagar.

OFICINA DE AFILIACIONES

Fecha de Afiliación.....

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma Responsable de Afiliación

ANEXO

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
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

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.