



..... 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° ....., bajo la condición de trabajador a ....., en el área u oficina de..... con domicilio en ..... Distrito de ....., Provincia de ..... y Departamento de ....., con Teléfono fijo ....., Celular ....., teléfono de trabajo y/o 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 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 Seguro de Vida, autorizando el descuento de S/ 15.00 (Quince y 00/100 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/ 10.00 (Diez y 00/100 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 sentencia y/o Acta de reconocimiento de Unión de Hecho.
- ( ) 01 Fotografía a color tamaño carné
- ( ) Pago de S/ 10.00 (Diez y 00/100 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/ 10.00 (Diez y 00/100 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/ 10.00 (Diez y 00/100 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/ 10.00 (Diez y 00/100 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)
- 3.- Cuando el afiliado adeuda más de 3 aportes serán desafiliados.
- 4.- Los trabajadores del Banco de la Nación que se afilian con la condición de medida cautelar, tendrán que asumir el pago del coaseguro directamente con los proveedores afiliados donde se atiendan (consultas, procedimientos y medicamentos) hasta la regularización de su condición para lo cual deberán adjuntar el memorándum emitido por la jefatura de administración de personal.
- 5.- En caso de que el afiliado se encuentre sobregirado, deberá acercarse a la Unidad de créditos para regularizar dicha situación.

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:

**ESTA HOJA DEBE SER LLENADA Y FIRMADA POR LOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS.**

**ANEXO**

**MONTOS ASEGURABLES ANUALES**

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

**APORTACIONES**

<b>APORTES FEBAN</b>		
LIMA	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00
PROVINCIAS	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 12.00
<b>APORTES SEGURO DE VIDA</b>		
	12 CUOTAS AL AÑO	S/ 15.00

CONDICION		<b>APORTES PAM</b> 12 CUOTAS AL AÑO	<b>FONDO DE CONTINGENCIA</b> 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.