

PLANILLA DE SUSCRIPCIÓN

N° DE RENAFASMEE O CÓDIGO		FECHA:	
INCLUSIÓN ☐		EGRESO ☐	
DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO TITULAR			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE	1ER. APELLIDO
V ☐ E ☐			
ESTADO CIVIL	SOLTERO ☐ CASADO ☐	DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐	CONCUBINO ☐
ESTADO DONDE VIVE	CIUDAD O PUEBLO DONDE VIVE	FECHA DE NACIMIENTO	
		SEXO M ☐ F ☐	
		DIRECCIÓN DE HABITACIÓN	
		TELÉFONO DE CONTACTO	
DATOS LABORALES DEL BENEFICIARIO TITULAR			
ÓRGANO INTEGRADO O ENTE ADSCRITO DONDE LABORA	CORPOELEC ☐	FUNSAEN ☐	EDC NETWORK ☐
	ARACOI ☐	FASMEE ☐	FIDELZ ☐
	SERDECO ☐	UNEXEE ☐	MPPEE ☐
	CORPOELEC INDUSTRIAL ☐	PROCEDATOS ☐	FUNDELEC ☐
TIPO DE TRABAJADOR	EMPLEADO ☐	OBRAERO ☐	CONTRATADO ☐
CONDICIÓN ACTUAL	ACTIVO ☐	JUBILADO ☐	PENSIONADO ☐
GERENCIA DONDE TRABAJA	CARGO QUE OCUPA	CORREO INSTITUCIONAL	TELÉFONO DE OFICINA
ESTADO DONDE TRABAJA	CIUDAD DONDE TRABAJA		
DIRECCIÓN DONDE TRABAJA	MUNICIPIO	PARROQUIA	AVENIDA, CALLE, CALLEJÓN
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	HIDROELÉCTRICA	ESTACIÓN	SUBESTACIÓN
		OFICINA COMERCIAL	PLANTA
NOMBRE DEL BANCO NÓMINA	TIPO DE CUENTA		
NÚMERO DE CUENTA NÓMINA			
DATOS DE LOS FAMILIARES BENEFICIADOS POR FASMEE			
1.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
	V ☐ E ☐		
	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	GÉNERO
			M ☐ F ☐
		TELÉFONO DE CONTACTO	
2.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
	V ☐ E ☐		
	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	GÉNERO
			M ☐ F ☐
		TELÉFONO DE CONTACTO	
3.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
	V ☐ E ☐		
	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	GÉNERO
			M ☐ F ☐
		TELÉFONO DE CONTACTO	
4.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
	V ☐ E ☐		
	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	GÉNERO
			M ☐ F ☐
		TELÉFONO DE CONTACTO	
5.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
	V ☐ E ☐		
	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	GÉNERO
			M ☐ F ☐
		TELÉFONO DE CONTACTO	
6.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
	V ☐ E ☐		
	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	GÉNERO
			M ☐ F ☐
		TELÉFONO DE CONTACTO	

FASMEE-FT-GGAIS-GAR-002-26



FASME

El Fondo de Autoadministración de Salud para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica, C.A. (FASME) es una entidad sin fines de lucro, creada por la Ley N° 25.984, del 20 de mayo de 2010.



PLANILLA DE SUSCRIPCIÓN

DECLARACIÓN DE SALUD DEL BENEFICIARIO TITULAR Y DE SUS BENEFICIARIOS FAMILIARES

Responda el cuestionario e indique si usted o cualquiera de las personas de su grupo familiar han padecido, han sido diagnosticadas, tratados, o medicados, por algunos de los síntomas y/o enfermedades detalladas a continuación:

	DESCRIPCIÓN	INDIQUE LAS ENFERMEDADES	NOMBRES DEL BENEFICIARIO QUE PADECE LA ENFERMEDAD	PARENTESCO
1.	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: Hipertensión Arterial, Infarto al Miocardio, Arritmia Cardíaca, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Varices.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
2.	ENFERMEDADES VASCULARES: Accidentes Vasculares, Hemiplejía, Parálisis, Hemorragias Cerebrales, Epilepsia o similares.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
3.	ENFERMEDADES DE LA SANGRE: Leucemia, SIDA o similares	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
4.	ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS: Ronquera, Tos Persistente, Sangre en el Espujo, Bronquitis, Asma, Enfisema, Tuberculosis, Pleuresia, Neumonía, Bronconeumonía.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
5.	ENFERMEDADES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS: Gastritis, Ulceras, Hemorragias Digestivas, Hepatitis, Cirrosis, Hemorroides o similares.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
6.	ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO: Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
7.	ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES: Neuritis, Ciática, Gota, Reumatismo, Hernias Discales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en las Articulaciones, Trastornos de los Ligamentos de las Rodillas y Meniscos.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
8.	ENFERMEDADES GENITO-URINARIAS: Albúmina, Sangre, Pus o Infecciones en la Orina, Cálculos u otra Alteración de los Riñones, Vejiga o Prostata, Varicocele, Fimosis, Parafimosis.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
9.	ENFERMEDADES DE LA PIEL, OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA: Desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, Cataratas, Hipertrofia de Cornetes, Timpanocentesis, Timpanoplastia o similares.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
10.	ENFERMEDADES Y DESORDENES MENTALES, DEFECTOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS, o similares	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
11.	CÁNCER, TUMORES: Ganglios Linfáticos Inflamados, Quistes, Tumores Benignos, Adenomas Benignos de la Mama o similares.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3
12.	ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER: Sangramiento Genital, Fibroma Uterino, Prolapso Genital, Incontinencia urinaria, Afecciones de Trompas y Ovarios, Glandulas Mamarias, Osteoporosis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Polipos Endometriales.	1	1	1
		2	2	2
		3	3	3

FASMEE-FT-GGAIS-GAR-002-26



0800-1111111111

El Planeta
Av. Francisco de Miranda, Edificio Corporativo, Piso 15 CP 3. Lto. El Rosal,
Chacao, Miranda, Zona Postal 3050.



PLANILLA DE SUSCRIPCIÓN					
13.	ENFERMEDADES VENÉREAS, INFECCIONES O PARASITARIAS: <i>Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis Meningitis, Amibiasis.</i>	1	1	1	
		2	2	2	
		3	3	3	
OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD					
14.	¿HA SUFRIDO ACCIDENTES, HERIDAS, FRACTURAS O SIMILARES?	1	1	1	
		2	2	2	
		3	3	3	
15.	¿HA RECIBIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA O SIMILARES?	1	1	1	
		2	2	2	
		3	3	3	
16.	¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN O SIMILARES?	1	1	1	
		2	2	2	
		3	3	3	
17.	¿LE HA SIDO INDICADA O PRACTICADA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O SE LE HA SOMETIDO A TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN ADICIONAL A LAS ANTERIORES?	1	1	1	
		2	2	2	
		3	3	3	
18.	¿EL BENEFICIARIO PADECE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA, COGNITIVA, INTELECTUAL, SENSORIAL O PLURIDISCAPACIDAD?	1	1	1	
		2	2	2	
		3	3	3	
SOLO PARA BENEFICIARIAS TITULARES Y BENEFICIARIAS FAMILIARES DE GÉNERO FEMENINO					
¿ESTÁ EMBARAZADA? SI ☐ NO ☐		¿CUÁNTO TIEMPO DE EMBARAZO TIENE?		FECHA DEL ÚLTIMO PARTO	
				¿HA TENIDO ABORTOS? SI ☐ NO ☐	
INFORMACIÓN ADICIONAL					
¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE? SI ☐ NO ☐		SI SU RESPUESTA ES "SI". INDIQUE QUÉ DEPORTE PRACTICA			
SEGURO FUNERARIO					
¿POSEE UNA PÓLIZA FUNERARIA ADICIONAL AL SERVICIO OFRECIDO POR EL FASME? SI ☐ NO ☐ SI SU RESPUESTA ES "SI" INDIQUE CUÁL					
BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO TITULAR					
1.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE	1ER. APELLIDO	2DO. APELLIDO
	V ☐ E ☐				
		PARENTESCO		PORCENTAJE (%)	
1.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE	1ER. APELLIDO	2DO. APELLIDO
	V ☐ E ☐				
		PARENTESCO		PORCENTAJE (%)	
1.	CÉDULA DE IDENTIDAD	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE	1ER. APELLIDO	2DO. APELLIDO
	V ☐ E ☐				
		PARENTESCO		PORCENTAJE (%)	

Por medio de la presente declaro que la información y datos suministrados son ciertos y exactos y autorizo al FASME la investigación de esta solicitud, a efectos de calcular el riesgo derivado de las condiciones de salud informadas mediante esta planilla.

FIRMA TITULAR

FIRMA Y SELLO
Oficina de Gestión Humana del Organismo o Ente

PARA USO EXCLUSIVO DEL FASME

FASME-FT-GGAIS-GAR-002-26




 MINISTERIO DEL PODER POPULAR
 PARA LA ENERGÍA ELÉCTRICA
 FONDOS AUTOGESTIONADOS DE SALUD
 PARA EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR
 PARA LA ENERGÍA ELÉCTRICA



PLANILLA DE SUSCRIPCIÓN INSTRUCTIVO

Para garantizar la inclusión, modificación o egreso de los Titulares o Beneficiarios de FASME el llenado de la planilla es de carácter obligatorio, así como la consignación completa de todos los documentos.

A continuación, se detallan y describen cada campo a llenar en la planilla.

Solo para uso de FASME:

1. Asignarle un Número o Código a la planilla.
2. Coloque la Fecha del llenado de la planilla el día, mes y año en que elabora la solicitud, en formato dd/mm/aaaa.
3. Marque con una X si se trata de un Inclusión, Actualización o Egresos.
4. Datos Personales del Beneficiario Titular:
 - Indique el número de Cédula de Identidad del Beneficiario Titular.
 - Coloque en letra legible y clara los Nombres y Apellidos del Beneficiario Titular.
 - Indique con una X el Estado Civil del Beneficiario Titular.
 - Indique la Fecha de Nacimiento del Beneficiario Titular en formato dd/mm/aaaa.
 - Marque con una X el Género del Beneficiario Titular.
 - Mencione el Estado correspondiente a la Dirección del Beneficiario Titular.
 - Indique la Dirección Residencial exacta del Beneficiario Titular.
 - Coloque el Número de Teléfono Residencial o de Contacto.
5. Datos Laborales del Beneficiario Titular:
 - Seleccione con una X el Órgano Integrado o Ente Adscrito donde labora el Beneficiario Titular. De no estar identificado en la Planilla coloque el Nombre en el campo donde dice Otro.
 - Marque con una X el Tipo de Trabajador.
 - Marque con una X la Condición Laboral Actual del Beneficiario Titular.
 - Indique la Gerencia donde trabaja y el Cargo que Ocupa el Beneficiario Titular.
 - Coloque el Correo Electrónico Institucional de la Gerencia donde labora el Titular Beneficiario.
 - Indique el Número de Teléfono del lugar de trabajo.
 - Mencione el Estado/ Ciudad correspondiente al Lugar de Trabajo del Beneficiario Titular.
 - Indique la Dirección exacta del Lugar de Trabajo del Beneficiario Titular, mencionando el Municipio, Parroquia, Avenida, Calle o Callejón.
 - Coloque el Nombre correspondiente al Centro de Trabajo del Beneficiario Titular.
6. Datos Bancarios (Nómina):
 - Coloque en letra legible y clara la Entidad Bancaria donde se le deposita la Nómina al Beneficiario Titular.
 - Identifique el Tipo de Cuenta donde se le deposita la Nómina al Beneficiario Titular.
 - Coloque el Número de la Cuenta por donde se le deposita la Nómina al Beneficiario Titular.
7. Datos de los Familiares Beneficiados por FASME:
 - Indique el número de Cédula de Identidad del Familiar Beneficiado por FASME.
 - Coloque en letra legible y clara los Nombres y Apellidos del Familiar Beneficiado por FASME.
 - Indique la Fecha de Nacimiento del Familiar Beneficiado por FASME en formato dd/mm/aaaa.
 - Coloque el Parentesco del Familiar Beneficiado por FASME con el Beneficiario Titular.
 - Marque con una X el Género del Familiar Beneficiado por FASME.
 - Coloque el Número de Teléfono del Familiar Beneficiado por FASME.Coloque en este Renglón el Total de los Familiares que serán Beneficiarios de FASME por mantener relación parental directa con el Beneficiario Titular.
8. Declaración de Salud del Beneficiario Titular y de sus Beneficiarios Familiares:

Este Renglón se refiere a un Cuestionario con diferentes preguntas sobre el tema de salud que deben ser formuladas al Beneficiario Titular y su grupo familiar específicamente si han padecido, han sido diagnosticadas, tratada o medicadas.

A continuación, los campos referidos a las enfermedades: Cardiovasculares, Vasculares, de la Sangre, Respiratorias, Vías Digestivas, Endocrinas, Osteomusculares, Genito – Urinarias, de la Piel, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta, Enfermedades y Desórdenes Mentales, Defectos Congénitos o Adquiridos, Cáncer, Tumores, Enfermedades Propias de la Mujer, Enfermedades Venéreas, Infecciosas o Parasitarias.

 - Se debe indicar la Enfermedad.
 - Colocar el Nombre y Apellido del Beneficiario que padece la Enfermedad.
 - Colocar el Parentesco del Familiar Beneficiado por FASME con el Beneficiario Titular.
 - Este campo debe ser preguntado a Beneficiarios Titulares y Beneficiarios Familiares de Género Femenino:
 - ✓ Marcar con una X si la Persona Beneficiaria por FASME esta ó No Embarazada.
 - ✓ Identificar cuanto tiempo de embarazo tiene la Persona Beneficiaria por FASME en meses y días.
 - ✓ Colocar la Fecha del Ultimo Parto de la Persona Beneficiaria por FASME.
 - ✓ Marcar con una X si la Persona Beneficiaria por FASME ha tenido Aborto.
9. Información Adicional:
 - Marcar con una X si el Beneficiario Titular Práctica Algún Deporte.
 - De ser la respuesta Si, indicar en letra legible y clara el nombre del Deporte que Práctica.
10. Seguro Funerario:
 - Marcar con una X si el Beneficiario Titular tiene una Póliza de Servicios Funerarios adicional al Servicio Ofrecido por FASME.
 - De ser la respuesta Si, indicar en letra legible y clara el nombre de la Póliza Funeraria.

FASME-FT-GAIS-GAR-002-26



EL FASME

El Fondo Autogestivo de Salud para el Ministerio del Poder Popular para la Energía Eléctrica



PLANILLA DE SUSCRIPCIÓN

11 Beneficiarios en Caso de Fallecimiento del Beneficiario Titular:

- Colocar el Número de la Cédula de Identidad del Beneficiario en Caso de Fallecimiento del Titular.
- Colocar el Nombre y Apellido del Beneficiario en Caso de Fallecimiento del Titular.
- Colocar el Parentesco del Beneficiario en Caso de Fallecimiento del Titular.
- Indicar en número, el Porcentaje de Participación que le asignará a cada Beneficiario en Caso de Fallecimiento del Titular. De dejar el campo en blanco no se dará por entendido que es el 100%. Y si coloca más de una persona se debe determinar los porcentajes de participación que dejará a cada uno (a), porque No se dará por implícito que

12 El Beneficiario Titular debe Firmar la Planilla de Suscripción, dando veracidad de la información y datos suministrados.

13 La Oficina de Gestión Humana/ Bienestar Social del Ministerio del Poder Popular de Energía Eléctrica, Órganos Integrados y Entes Adscritos deben firmar la Planilla de Suscripción y colocar el Sello. (es de carácter Obligatorio).

INFORMACION IMPORTANTE

- Al momento del ENTE (entregar) y/o FASMEE (recibir) planillas, se verifica:

- ✓ Que las planillas coincidan con la relación del oficio.
- ✓ Que las planillas estén firmadas por el trabajador Titular.
- ✓ Que las planillas tengan el Sello y Firma de la persona responsable de Bienestar Social/ Oficina de Gestión Humana del Ministerio, Órgano Integrado y/o Ente Adscrito.

Nota: En caso que les faltara alguno de los últimos tres puntos mencionados se devuelven la planilla al momento, sin embargo, se recibe el oficio con una observación escrita.

- Requisitos para el Ingreso y Actualización

- ✓ Planilla de suscripción FASMEE (llena en su totalidad, todos los datos son importantes) firmada por el titular, con sello y firma del responsable del Bienestar Social/Oficina de Gestión Humana/ Bienestar Social del Ministerio del Poder Popular de Energía Eléctrica, Órganos Integrados y Entes Adscritos.
- ✓ Fotocopia de la Cedula de Identidad y carnet del trabajador.

- Para Ingresar a los Padres

- ✓ Fotocopia de la partida de nacimiento del trabajador.
- ✓ Fotocopia de las Cédulas de Identidad de la Madre y del Padre.

- Para Ingresar al Cónyuge

- ✓ Fotocopia del documento de vinculo (acta de matrimonio, unión estable de hecho, carta de concubinato) emitida por un registro civil.
- ✓ Fotocopia de la Cedula de Identidad del cónyuge.

- Para Ingresar al Hijo o Hija: (Límite de Edad 25 Años)

- ✓ Fotocopia de la partida de nacimiento del hijo y/o de la hija.
- ✓ Fotocopia de la cedula de identidad del hijo y/o de la hija (todo niño y/o niña mayor de 9 años debe poseer cedula de identidad).

- Para Ingresar Hijos Discapacitados: (Sin Límite de Edad)

- ✓ Fotocopia de la partida de nacimiento del hijo y/o de la hija.
- ✓ Fotocopia de la cedula de identidad del hijo y/o de la hija (todo niño y/o niña mayor de 9 años debe poseer cedula de identidad).
- ✓ Fotocopia del carnet de discapacidad (emitido por CONAPDIS) por ambas caras.

***IMPORTANTE: ***

Todo hijo mayor de 9 años debe poseer cedula de identidad (anexar la copia del documento), en caso que los menores ya estén registrado en sistema FASMEE (RENAFASMEE) deben enviar digitalizada la copia de la cédula del menor con los datos del trabajador (al correo suscripción.fasmee@gmail.com), seguido del oficio

La Planilla de Suscripción representa un documento esencial para la Fundación FASMEE por lo tanto:

- 1 Los documentos deben estar legibles.
- 2 No anexar documentos además de lo solicitado.
- 3 La planilla no debe llevar enmendaduras ni tachaduras, debe tener una sola letra de un mismo color.
- 4 El Ministerio del Poder Popular de Energía Eléctrica, Órganos Integrados y Entes Adscritos debe quedarse con una copia de recibido de la planilla ya que este documento es legal.
- 5 No es necesario anexar documentos para los beneficiarios en caso de fallecimiento.

