



FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

RAP AFILIADOS
Nro. de afiliado:

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nro. de identificación:	
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidad:	
Profesión / Ocupación / Oficio:		Teléfono fijo:	Celular:
Correo electrónico personal:		<input type="checkbox"/> No tiene correo	
Dirección de domicilio, colonia / barrio:		Calle / Avenida:	
Nro. de casa:	Punto de referencia:		
Municipio:	Departamento:	País:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre			
Nombre del cónyuge:		Teléfono fijo:	Celular:
Fecha de nacimiento:		Ciudad de nacimiento:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nro. de identificación:	
Empresa donde labora el cónyuge:			

INFORMACIÓN PROFESIONAL Y LABORAL

Tipo de empresa: <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Empresa Pública <input type="checkbox"/> ONG	
Tipo de empleado: <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Comerciante Individual <input type="checkbox"/> Asalariado	
Nombre de la empresa en la que labora:	
Fecha de ingreso:	Años laborando:
Cargo actual:	Teléfono de la empresa:
Correo electrónico de la empresa:	
Dirección de la empresa:	
Ciudad:	Municipio:
Departamento:	
Nombre del Gerente / Jefe de Recursos Humanos:	
Ingreso mensual:	Origen o procedencia de los fondos:
¿Usted o algún pariente cercano cumplen o han cumplido funciones públicas o políticas destacadas ya sea en el territorio nacional o en el extranjero?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *En caso de contestar Sí completar formulario PEP (Persona Expuesta Políticamente)	

REFERENCIAS DEL AFILIADO

REFERENCIAS PERSONALES

Referencia personal 1:	Teléfono fijo:	Celular:
Referencia personal 2:	Teléfono fijo:	Celular:

REFERENCIAS COMERCIALES/BANCARIAS

Referencia 1:	Teléfono 1:	Teléfono 2:
Referencia 2:	Teléfono 1:	Teléfono 2:

BENEFICIARIOS

La distribución de porcentajes debe sumar un total de 100%

A. Designación de beneficiarios por primera vez B. Actualización de beneficiarios C. Nro. deja beneficiarios

Nombre completo	Nro. Identidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Yo, declaro bajo juramento y acepto que los datos aquí indicados son verdaderos; así mismo, declaro que la información es veraz, completa, y la más actual respecto a mi información personal, la misma puede ser utilizada por el RAP para los fines propios de la institución o ante entes regulatorios o autoridades competentes, sin menoscabo de mi privacidad, apegado a la normativa y reglamento interno vigente. De comprobarse que la información proporcionada es falsa, será motivo suficiente para detener cualquier trámite relacionado. De igual manera acepto por este medio el compromiso de mantener actualizada la información personal y notificar a la institución de los cambios que se puedan presentar en el futuro con respecto a dicha declaración. Al completar el presente formulario, autorizo al RAP a verificar toda la información aquí contenida y la información en la Central de Información Crediticia de la CNBS y demás buros de crédito privados en cualquier tiempo cuando el RAP considere necesario mientras exista la relación con RAP. A su vez autorizo por este medio a recibir información sobre productos y servicios ofrecidos por la institución, así como el uso de los servicios electrónicos que la institución facilite. La información solicitada en este formulario es requerida bajo la circular CNBS 019/2016, mediante resolución SB 348/27-04-2016.

Lugar y fecha

Firma del afiliado

VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO (USO EXCLUSIVO DEL RAP)

AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN

Completar el siguiente campo únicamente si la gestión que se está realizando es de Afiliación.

¿Quién completa el formulario de afiliación está actuando como Representante Legal o Apoderado de un tercero? Si No

*En caso de contestar SI, completar el formulario de Validación de Datos Relación Poderdante - Representante Legal.

TIPO DE FONDO

Obligatorio: Fondo de Pensiones Fondo de Cesantías **Voluntario:** Fondo de Pensiones Fondo de Vivienda

FP - Individual Voluntario: Mensual Bimestral Trimestral Anual **FV - Individual Voluntario:** Mensual Bimestral Trimestral Anual

Tipo de moneda: Lempiras Dólares

Realizado por	Revisado por	Validado por
Usuario:	Firma	Firma
Fecha de afiliación:	Fecha de revisión:	Fecha de validación:
Fecha de actualización:	Oficina - Ciudad:	Oficina - Ciudad:
Sello	Sello	Sello

ORIGINAL