



FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

RAP AFILIADOS
No. 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 | | No. de identificación: | |
| Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Nacionalidad: | |
| Profesión / Ocupación / Oficio: | | Teléfono fijo: | Celular: |
| Correo electrónico personal: | | | |
| Dirección de domicilio, colonia / barrio / aldea: | | Calle / Avenida: | |
| No. 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: | | Lugar de nacimiento: | |
| Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte | | No. 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: | |
| Rango de salario devengado en salarios mínimos: | | <input type="checkbox"/> L 0 - L 8,500.00 <input type="checkbox"/> L 8,501.00 - L 26,500.00 <input type="checkbox"/> L 26,501.00 - L 54,000.00 <input type="checkbox"/> L 54,001.00 - L 108,000.00 | |
| | | <input type="checkbox"/> L 108,001.00 - L 150,000.00 <input type="checkbox"/> L 150,001.00 - 200,000.00 <input type="checkbox"/> L 200,001 en adelante | |
| ¿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 | | | |

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

En caso de muerte (obligatorio adjuntar copia de identidad/partida de nacimiento para registro de los beneficiarios)

A. Designación de beneficiarios por primera vez B. Actualización de beneficiarios

| Nombre completo | No. Identidad | Fecha de nacimiento | Parentesco | Porcentaje |
|-----------------|---------------|---------------------|------------|------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

PARA USO EXCLUSIVO DEL RAP

TIPO DE FONDO

| | |
|--|---|
| Obligatorio: <input type="checkbox"/> Fondo de Pensiones <input type="checkbox"/> Fondo de Cesantías | Voluntario: <input type="checkbox"/> Fondo de Pensiones <input type="checkbox"/> Fondo de Vivienda |
| FP - Individual Voluntario: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual | FV - Individual Voluntario <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual |
| Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares | |

VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO

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

Declaro bajo juramento que los datos aquí indicados son verdaderos. De comprobarse que la información proporcionada es falsa, será motivo suficiente para detener cualquier trámite relacionado. De igual manera me comprometo a mantener actualizada la información y notificar a la institución de los cambios que se puedan presentar en el futuro con respecto a dicha declaración. Autorizo a verificar toda la información contenida en el presente formulario, a discreción de la institución. La información solicitada en este formulario es requerida bajo la circular CNBS 019/2016 mediante resolución SB 348/27.

Lugar y fecha

Firma del afiliado