



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:			☐ Identidad		☐ Carné de residencia		☐ Pasaporte		Nro. de identificación:												
Género:			☐ Femenino		☐ Masculino		Nacionalidad:														
Profesión / Ocupación / Oficio:						Teléfono fijo:		Celular:													
Correo electrónico personal:						☐ No tiene correo															
Dirección de domicilio, colonia / barrio:						Calle / Avenida:															
Nro. de casa:			Punto de referencia:																		
Municipio:			Departamento:				País:														
Estado civil:			☐ Soltero(a)		☐ Casado(a)		☐ Unión libre														
Nombre del cónyuge:						Teléfono fijo:		Celular:													
Fecha de nacimiento:			Ciudad de nacimiento:																		
Tipo de identificación:			☐ Identidad		☐ Carné de residencia		☐ Pasaporte		Nro. de identificación:												
Empresa donde labora el cónyuge:																					
INFORMACIÓN PROFESIONAL Y LABORAL																					
Tipo de empresa:			☐ Empresa Privada		☐ Empresa Pública		☐ ONG														
Tipo de empleado:			☐ Profesional Independiente		☐ Propietario		☐ Comerciante Individual		☐ 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?																					
☐ Si			☐ 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 actualización:				Fecha de revisión:				Fecha de validación:													
Oficina - Ciudad:				Oficina - Ciudad:				Oficina - Ciudad:													
Sello					Sello					Sello											