

Yo: _____ Solicito incorporarme a la Administradora de Fondos de Pensiones Ficohsa, S.A. (Ficohsa Pensiones y Cesantías).

Fecha de solicitud: Día _____ Mes _____ Año _____ | Tipo de fondo: Fondo de pensión Fondo de cesantía | Tipo de moneda: En Lempiras En Dólares

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Tipo de identificación: Identidad Carnet de residente Pasaporte No. de identificación: _____ Fecha de vencimiento de la identificación: _____ Sexo: F M

RTN: _____ Nacionalidad: _____ Segunda nacionalidad (Si aplica): _____ Tercera nacionalidad (Si aplica): _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Teléfono domicilio: _____ Celular: _____

Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad económica: _____ Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre

Nombre completo del cónyuge: _____ Correo electrónico: _____

Dirección de domicilio: Colonia / Barrio _____ Calle / Avenida _____ Número de casa _____ Ciudad _____ Municipio _____ Departamento _____ País _____

Referencias Personales/Bancarias/Comerciales/Laborales: _____
1. Nombre completo _____ 1. Teléfono _____
2. Nombre completo _____ 2. Teléfono _____

¿Depende económicamente de otra persona? Si No Nombre completo: _____ Identidad: _____

Actúa usted en nombre o representación de una tercera persona: Si No

Nombre completo: _____ No. identidad: _____ Parentesco: _____

¿Usted o un familiar (esposo (a) o compañero (a) de hogar, padres hijos/hijos del cónyuge o hermano (a), ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si No

En caso de responder "SI", ¿Cuál es el cargo que ejerce o ha ejercido? _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA O FUENTE DE INGRESOS

Tipo de trabajador: Empleado Profesional independiente Comerciante individual Pensionado Nombre de la empresa: _____

Tipo de empresa: Empresa privada Empresa pública Giro de la empresa: _____ Cargo actual: _____

Fecha de ingreso a la empresa: Día _____ Mes _____ Año _____

Nivel aproximado de ingresos mensuales: L0.00-L16,000.00 L16,000.01-L26,496.00 L26,496.01-L52,992.00 L52,992.01-L88,320.00 L88,320.01-L176,640.00 L176,640.01-L441,600.00 Mayor a L441,600.00

DECLARACIÓN: Declaro expresamente que mi actividad, profesión u oficio es lícita y está dentro de los marcos legales y que los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas según el código penal de honduras ni cualquier otra ley vigente en el país y autorizo a ficohsa pensiones y cesantías a que pueda dar por terminado este contrato sin ninguna responsabilidad para dicha empresa ante mí en caso de demostrarse falso testimonio en la información declarada.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR O NEGOCIO PROPIO

Dirección: Colonia / Barrio _____ Calle / Avenida _____ Número de casa _____ Ciudad _____ Municipio _____ Departamento _____ País _____

Teléfono de oficina: _____ Extensión: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

¿Es contratista del Estado? Si No En caso de responder "SI": Directo Subcontratado

DETALLES DE PROYECTOS REALIZADOS O POR REALIZAR

Nombre del Proyecto	Ubicación	Tipo de Proyecto (Permanente/Temporal)	Beneficiarios del Proyecto	Valor aproximado del Proyecto

APORTE

FONDO INDIVIDUAL DE PENSIÓN

Monto de aporte	L _____ \$ _____
Frecuencia del aporte:	Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/>

Monto de aporte inicial, extraordinario o unico _____

Procedencia de fondos _____

FONDO INDIVIDUAL CON APORTE EMPRESARIAL

Salario trabajador:		
Monto o porcentaje de aporte trabajador	Monto	%
Monto o porcentaje de aporte empleador	Monto	%

CONVENIO DE PAGO DE APORTACIÓN

Tarjeta de crédito: <input type="checkbox"/>	Número de tarjeta: _____	Fecha de vencimiento: _____
Débito a cuenta bancaria: <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Número de cuenta: _____	Fecha de aporte: día _____ de cada mes
		Talonnario <input type="checkbox"/> Deducción por planilla <input type="checkbox"/>

Por medio de la presente autorizo a Ficohsa Pensiones y Cesantías que realice el débito del aporte convenido y la prima de seguro voluntario, de acuerdo a lo solicitado en este formulario. Me reservo el derecho a revocar la autorización para dicho cargo en cualquier momento y me obligo a actualizar de inmediato todo cambio relacionado al medio de aportación mediante aviso escrito a la administradora.

Si el valor de la cuota mensual no se puede debitar por no tener disponibilidad o estar en mora, autorizo a suspenderme el servicio de débito automático y exonerar a Ficohsa Pensiones y Cesantías de toda responsabilidad.

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS DE FONDO DE PENSIONES

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Identidad	%
1						
2						
3						
4						

100%

INFORMACIÓN SEGURO DE VIDA

Seguro de vida: SI NO
Expreso mi deseo de contratar un seguro de vida voluntario con una suma asegurada de _____ contratado por ficohsa pensiones y cesantías, por lo cual pagaré adicionalmente la cantidad mensual de \$ _____ L _____ en concepto de prima de seguro.

Declaración del asegurado: Que la actividad a la que me dedico es lícita y normal y no genera riesgo o peligro inminente para mi vida y que a la fecha de suscribir este seguro gozo de buena salud y no estoy incapacitado, que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas o graves en mi salud. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales y cualquier otro centro médico que me haya atendido en la recuperación de mi salud, para que suministre a Ficohsa Seguros, la información que está requiera en relación a este seguro, relevándolos de cualquier prohibición legal que existiera sobre revelación de datos con respecto a mi persona. El proponente ha tomado conocimiento de su derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección de la institución aseguradora.

Importante: La cobertura es inmediata en caso de Accidente. Se establece período de espera de un año, contado a partir de la fecha de ingreso del asegurado a la póliza para las coberturas de muerte e invalidez ocasionadas por las siguientes enfermedades: Cualquier tipo de Cáncer, VIH Sida, Enfermedades Renales y/o Hepáticas Crónicas, Enfermedades Cardiovasculares, Lupus Eritomatoso Sistemático, Evento Cerebrovascular, Infarto Cerebral, Hemorragia Cerebral, Embolia desde fuente extracraneal, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

* Autorizo a que los beneficiarios del seguro de vida sean los mismos que el fondo de pensiones.

ACEPTACIÓN DE AFILIACIÓN A FICOHSA PENSIONES Y CESANTÍAS

Firmo el presente documento como aceptación de afiliación a ficohsa pensiones y cesantías: _____ Firma del afiliado: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRADORA

Oficial que realiza la afiliación: _____ Código de oficial FPC: _____

Validado por: _____ Fecha de validación: _____
Día _____ Mes _____ Año _____

Es APNFD: Si No No. de cuenta: _____

