

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

Fecha de solicitud: _____ Tipo de fondo: ☐ Fondo de pensión ☐ Fondo de cesantías 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 Fecha de vencimiento de la identificación: _____ Día Mes Año Sexo: ☐ F ☐ M

Documento nacional de identificación: _____ RTN: _____

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

Fecha de nacimiento: _____ Día Mes Año País de nacimiento: _____ Teléfono domicilio: _____

Celular: _____ Estado civil: ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Unión libre ☐ Viudo(a)

Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad económica: _____

Dirección de domicilio: _____

Punto de referencia

Colonia / Barrio

Calle / Avenida

Ciudad

Departamento

País

Correo electrónico personal: _____ Nombre completo del cónyuge: _____

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: _____ Identidad: _____ Parentesco: _____

¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? ☐ Si ☐ No

En caso de responder si, cargo que ejerce o ha ejercido: _____ Periodo: _____ Institución: _____

Actividad económica o fuentes de ingresos

Tipo de trabajador: ☐ Empleado ☐ Profesional independiente ☐ Comerciante individual ☐ Pensionado

Nombre de la empresa donde labora: _____

Tipo de empresa: ☐ Empresa privada ☐ Empresa pública Giro de la empresa: _____

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

Nivel aproximado ☐ L0.00 - L16,000.00 ☐ L16,000.01 - L26,496.00 ☐ L26,496.01 - L52,992.00 ☐ L52,992.01 - L88,320.00
de ingresos mensuales: ☐ 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: _____

Punto de referencia

Colonia / Barrio

Calle / Avenida

Número de avenida

Ciudad

Departamento

País

Teléfono de oficina: _____ Correo electrónico laboral: _____

¿Es contratista del Estado? ☐ Si ☐ No En caso de responder "Si": ☐ Directo ☐ Sub contratado

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

L

Monto de aporte:
\$

Periodicidad del aporte:

☐ Semanal

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ Semestral

☐ Anual

☐ Único

No. de transacciones anuales:

Fondo individual con aporte empresarial

Salario trabajador:

Monto o porcentaje de aporte trabajador

Monto

%

Monto o porcentaje de aporte empleador

Monto

%

No. de transacciones anuales:

Monto de aporte inicial, extraordinario o unico

Procedencia de fondos:

Convenio de pago de aportación

☐ Tarjeta de crédito

☐ Débito a cuenta de ahorros Ficohsa

☐ Débito a cuenta de cheques Ficohsa

☐ Deducción por planilla

☐ Pago en ventanilla

Número de tarjeta de crédito

Mes

Año

Fecha de vencimiento:

Día del mes para realizar débito:

☐ 14 del mes

☐ 26 del mes

Banco emisor:

Número de cuenta bancaria Ficohsa:

Día del mes para realizar débito:

Información de beneficiarios directos de fondo de pensiones									
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Identidad	Fecha de nacimiento			%
						Día	Mes	Año	
1									
2									
3									
4									
									100%

Información de beneficiarios contingentes de fondo de pensiones										
	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Identidad	Fecha de nacimiento			%
							Día	Mes	Año	
1										
2										
3										
4										
										100%

Información seguros opcionales

Seguro de vida

☐ Si

☐ No

Expreso mi deseo de contratar un seguro de vida voluntario con una suma asegurada.

por el cual pagaré adicionalmente la cantidad mensual de

en concepto de prima de seguro.

IMPORTANTE: Se establece un período de espera de 1 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 sistémico, evento cerebrovascular, infarto cerebral, hemorragia cerebral, embolia desde fuente extracraneal, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). En caso de accidente no aplica período de espera.

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 muy buena salud y que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas graves en mi salud. Autorizo por la presente a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posea licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica, y otra organización, institución o persona que tenga información sobre mi salud ya sea en honduras o en el extranjero dar dicha información a Ficohsa Seguros, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que obren en su poder, para lo cual los libero de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dicha información o copias. El proponente ha tomado conocimiento de su derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección de la institución asegurada.

Por este medio autorizo a que los beneficiarios del seguro de vida sean los mismos que el fondo de pensión.

Aceptación de afiliación a Ficohsa Pensiones y Cesantías

Firmo el presente documento como aceptación de afiliación a Ficohsa Pensiones y Cesantías y declaro que he revisado la información suministrada y está correcta.

Firma del Afiliado

Para uso exclusivo de la administradora

Oficial que realiza la afiliación:

Código de oficial FPC:

Validado por:

Fecha de validación:

Es APNFD:

☐ Si

☐ No

No. de cuenta: