


SOLICITUD DE PRÉSTAMO
ALIVIO DE DEUDA PARA LOS TRABAJADORES

No. Solicitud

No. Cotizante

Tipo de Prestamo

I. DATOS DEL SOLICITANTE

Numero de Identidad		Nombres y Apellidos	
D/	M/	A/	
Fecha de Nacimiento		Profesión u Oficio	Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>
		Barrio/Col.	Alquilada <input type="checkbox"/>
Status de Solicitante	Casa No.	Ciudad	Departamento
/	Referencia domicilio:		
Tel Fijo	Celular		

II. INFORMACION LABORAL

Dependencia donde Trabaja:		
Teléfono	Ciudad	Departamento
	Años:	Meses:
Sueldo Mensual	Sueldo Neto	Tempo de Laborar
Puesto:		

III. REFERENCIAS PERSONALES

1. Nombre y Apellido:	Parentesco:
Dirección:	Telefono:
2. Nombre y Apellido:	Parentesco:
Dirección:	Telefono:

IV. DATOS PERSONALES - AVAL

Numero de Identidad		Nombres y Apellidos	
D/	M/	A/	
Fecha de Nacimiento		Profesión u Oficio	Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>
		Barrio/Col.	Alquilada <input type="checkbox"/>
Status de Solicitante	Casa No.	Ciudad	Departamento
/	Referencia domicilio:		
Tel Fijo	Celular		
Tiempo de residir en domicilio:			

V. INFORMACIÓN LABORAL - AVAL

Lugar y puesto de trabajo:		Est. Pres/Ramo:
	Barrio/Col.	Ave. Calle
Teléfono	Casa No.	Ciudad
	Departamento	
	Años:	Meses:
Sueldo Mensual	Otros Ingresos (detalle)	Tempo de Laborar

VI. REFERENCIAS BANCARIAS - AVAL

Institución	Detalle (Tipo de producto / servicio)	Desde (mes / año)
1.		
2.		

VII. DETALLE DE SALARIO Y DEDUCCIONES DEL SOLICITANTE (para uso exclusivo de Recursos Humanos)

Salario nominal mensual: L.	Fecha de Ingreso: / /
Detalle de deducciones:	
a) I.H.S.S.:	L.
b) I.S.R.	L.
c) Préstamo personal con INJUPEMP:	L.
d) Préstamo hipotecario con INJUPEMP:	L.
e) Pensión y Jubilación:	L.
f) Embargos por Alimentos:	L.
g) Embargos Financiero:	L.
h) Otro (detalle):	L.
i) Otro (detalle):	L.
j) Otro (detalle):	L.
k) Otro (detalle):	L.
l) Otro (detalle):	L.
m) Otro (detalle):	L.
TOTAL DEDUCCIONES:	
CANTIDAD NETA QUE PERCIBE AL MES:	

VIII. CERTIFICADO DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS (PARA USO EXCLUSIVO DE RRHH DE LA INSTITUCIÓN)

CERTIFICADO: Que los datos del empleado indicados en las secciones II y VII de esa solicitud, están correctos y tomo responsabilidad por la información proporcionada al INJUPEMP.

Lugar y Fecha

Nombre del Responsable de RRHH (firmante)

Firma y Sello de RRHH

IX. DEUDAS A CONSOLIDAR

No.	Entidades Financieras Reguladas y No Reguladas/ Casas Comerciales y Colegios Profesionales	Monto			Consolidación	
		Lempiras	Dolares	Total en Lempiras	Total	Parcial
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

X. PARA USO EXCLUSIVO DEL INJUPEMP

Fecha de Ingreso: ____/____/____

Analista: _____

Clase de préstamo:

Nuevo Refinanciamiento

Monto solicitado: _____

Plazo en meses: _____

Cuota del préstamo: _____

XI. DECLARACIÓN EXPRESA BAJO JURAMENTO

En forma solemne, DECLARO BAJO JURAMENTO, que todos los datos suministrados en la presente solicitud corresponden a la verdad total de mi estado personal y patrimonial, por lo que de probarse lo contrario, asumo todas las responsabilidades derivadas por el falso testimonio brindado, u otro ilícito penal aplicable al tenor del Código Penal vigente. También declaro solemnemente que he sido informado en este acto de todas las condiciones que regulan y son aplicables al préstamo aquí solicitado.

Manifiesto que por este acto sin coacción alguna imposición o violencia, que produzca vicios del consentimiento, autorizo al INSTITUTO NACIONAL DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE LOS EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS DEL PODER EJECUTIVO (INJUPEMP), en forma expresa y sin responsabilidad de su parte, pueda realizar los siguientes actos:

1. Dar Curso a la presente solicitud, pudiendo hacer cuantas verificaciones considere oportunas para comprobar la veracidad de la información aquí proporcionada sin que ello, quede eximida o excluida mi responsabilidad por falso testimonio. Por lo cual autorizo en forma expresa a la persona que corresponda a dar toda la información que le solicite INJUPEMP, para las investigaciones que crea oportunas realizar, pueda delegarlas en terceras personas.

2. Que proporcione o consulte cualesquiera información en la Central de Información Crediticia y/o Buro de Crédito Privado, mientras exista una relación de préstamos.

3. En caso de que la cuenta designada para realizar el desembolso del préstamo se encuentre inactiva o bloqueada, eximo al INJUPEMP de responsabilidad, sujetandome a las disposiciones emitidas por la misma.

De comprobarse que la información proporcionada es falsa, sera suficiente motivo para denegar el préstamo.

INJUPEMP queda liberada en forma expresa, de cualquier tipo de responsabilidades que se pudieran originar o derivar por el manejo de la presente solicitud o desaprobación total o parcial de la misma, salvo que pudiera probarse dolo o culpa inexcusable.

Firmado en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ del _____

Firma del Solicitante

Firma del Aval

NOTAS IMPORTANTES:

1. El monto de los saldos adeudados será pagado por medio de transferencia electrónica a cada ACREEDOR a la cuenta de Banco que ellos designen en la constancia de saldos proyectados
2. El participante es el único que puede solicitar el préstamo; también la solicitud y trámites correspondientes pueden ser realizados por un Apoderado Legal con poder inscrito en el Instituto de la Propiedad.
3. Las cuotas o fracciones no deducidas en planillas deben ser pagadas en ventanilla por el participante.
4. Para mayor información favor comunicarse a los teléfonos: 2290-8000.



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



INSTITUTO NACIONAL DE JUBILACIONES
Y PENSIONES DE LOS EMPLEADOS Y
FUNCIONARIOS DEL PODER EJECUTIVO
INJUPEMP

AUTORIZACION

Señores
INJUPEMP
Su Oficio

Por este medio le extiendo mi autorización para solicitar referencias e información de mis créditos en la **Central de Información Crediticia y Buros de Crédito Privados**.

Esta autorización es vigente por todo el tiempo que tenga operaciones de crédito pendientes con el Instituto o sé este tramitando mi solicitud en igual sentido.

Atentamente,

Nombre del Solicitante

Nombre del Aval

Identidad de la Solicitante

Identidad del Aval

Firma del Solicitante

Firma del Aval

OBS: Adjuntar fotocopia de Identidad

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN EN SEGURO



De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. _____ de SEGURO COLECTIVO DE VIDA, emitida a nombre de _____ con R.T.N. _____

se solicita inscribir como asegurado a _____
 quién ingresó el _____ de _____ de _____ y con remuneración de _____ por mes.

La suma asegurada correspondiente es de _____
 Fecha: _____ de _____ del _____

 Firma Autorizada para Contratar

I. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	
		Día _____ Mes _____ Año _____			
Número de Identificación y R.T.N. (Anexar copia)				Tipo de Identificación	
				Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/>	
Sexo		Estado Civil		Nombre Completo del Cónyuge o Pareja	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>			
Dirección Completa de Residencia:					
Departamento:			Municipio:		
Ciudad:			Barrio o Colonia:		
Teléfono de Residencia:		Celular No.:		Correo Electrónico:g	
Profesión, Ocupación o Actividad Económica:					
Dirección Completa de la Empresa donde Labora:					
Tiempo de laborar en la empresa:			Cargo que desempeña:		
Teléfono de Trabajo:			Correo Electrónico:		
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)					

II. ANTECEDENTES DE SALUD

a) Peso (en lbs) _____ Estatura (en mts) _____

b) ¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

- | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|---|
| 1. Tumores o Cáncer | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. Diabetes Mellitus | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfermedades del Corazón | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. Enfermedades Pulmonares | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Infartos | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. Derrame Cerebral | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Presión Arterial Alta | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. Tiene Pendiente alguna Operación | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Insuficiencia Renal | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. ¿Está bajo Tratamiento Médico? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. SIDA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 13. Otras enfermedades | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Enfermedades Mentales | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:

PREGUNTAS	ENFERMEDAD DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

III. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

PRINCIPALES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

CONTINGENCIA (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

En conformidad al Artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio.

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiera cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiera respuesta afirmativa, la Aseguradora se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Aseguradora.

Con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aún en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Nombre y Firma del Solicitante _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____