**Asociación Hondureña De Profesionales Intermediarios De Seguros**

**No.1**

**FICHA DE AFILIACION/ACTUALIZACION DE MIEMBROS**

**FOTOGRAFIA**

**RECIENTE**

**LOCALIDAD: TEG: S.P.S. LA CEIBA**

|  |
| --- |
| **PIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE** |
| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** |
| **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**  |
| **DNI/RTN** |
| **TEL/CEL E-MAIL** |
| **DIRECCION DE OFICINA** |

**N° DE LICENCIA DE C.N.B.S.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RAMOS EN LOS QUE OPERA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE RENOVACION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TIPO DE AUTORIZACION**

1. **CORREDURIA**

**NUMERO DE EMPLEADOS QUE DEPENDEN DE SU CORREDURIA:\_\_\_\_**

1. **AGENTE INDEPENDIENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **AGENTE DEPENDIENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DE CUAL CORREDURIA DEPENDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NUMERO DE FAMILIARES QUE DEPENDEN DE USTED:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARACION DE CONOCIMIENTOS**

**Indique a continuación con una X los distintos niveles académicos, que haya obtenido y el titulo obtenido en el orden que se presentan.**

**Educación Media \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Educación Universitario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Maestría\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Diplomados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARACION JURADA: declaro que la información proporcionada es verdadera y autorizo a “AHPROINSE” a inscribirme como MIEMBRO ACTIVO de esta organización, renunciando a cualquier otra afiliación similar a esta, comprometiéndome a cumplir con los estatutos y reglamentos de la asociación.**

**LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADJUNTAR: COPIA DE DNI, COPIA RTN, COPIA DE CERTIFICACION Y CARNE DE INSCRIPCION EN LA C.N.B.S.**