

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN

## DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

### Identificación y Nacionalidad

- Identidad  Pasaporte  
 Carné Residente

Nº: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad 1: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad 2: \_\_\_\_\_

### Estado Civil

- Soltero(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  
 Casado(a)  Unión Libre

Si es casado(a) o está en unión libre, favor indique:

Nombres Cónyuge o Pareja: \_\_\_\_\_  
Apellidos Cónyuge o Pareja: \_\_\_\_\_

Género:  M  F Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Correo Electrónico para Envío de Información: \_\_\_\_\_

Nivel de Escolaridad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_  
( Aldea / Colonia / Barrio, Calle, Avenida, N° de Casa, Zona, Bloque, Peatonal )

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Actúo en Nombre:  Propio  Tercero<sup>1/</sup>

<sup>1/</sup>Nombre del Tercero: \_\_\_\_\_ <sup>1/</sup>Parentesco: \_\_\_\_\_

## NOMBRE COMPLETO DE LAS PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED

1: \_\_\_\_\_ 3: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

## <sup>2/</sup>REFERENCIAS: PERSONALES, BANCARIAS, COMERCIALES Y/O LABORALES

## TELÉFONO

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

<sup>2/</sup>Nota: Favor complete al menos dos referencias de su elección.

## FUENTE DE INGRESO

Empleado Empresa Privada  Empleado Público  Ama de Casa  Jubilado  Estudiante

Independiente Otro: \_\_\_\_\_ Ingreso Promedio Mensual: \_\_\_\_\_

¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos 10 años?  No  Si<sup>3/</sup>

<sup>3/</sup>Cargo: \_\_\_\_\_ <sup>3/</sup>Institución: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN LABORAL (SI ES EMPLEADO DE EMPRESA PÚBLICA, PRIVADA O INDEPENDIENTE)

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ N° de Extensión: \_\_\_\_\_

Dirección Exacta: \_\_\_\_\_

### Actividad Económica:

- Agropecuaria  Pesca  Minería  Hoteles y Restaurantes  
 Construcción  Comercio  Servicios  Otro: \_\_\_\_\_  
 Financiera  Inmobiliaria  Exportación  
 Manufactura  Transportes  Salud

**BENEFICIARIOS DIRECTOS (EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL AFILIADO)<sup>4/</sup>**

Nº	1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Parentesco	No de Identificación	Fecha de Nacimiento	%
1								
2								
3								
4								

<sup>4/</sup>En caso de designar a más de 4 beneficiarios, favor completar una solicitud de actualización de datos / gestiones del afiliado **Total 100%**

**BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA (EN CASO DE FALLECIMIENTO DE BENEFICIARIOS DIRECTOS)<sup>5/</sup>**

1								
2								

<sup>5/</sup>En caso de designar a más de 2 beneficiarios, favor completar una solicitud de actualización de datos / gestiones del afiliado **Total 100%**

**Notas:** • En los casos de beneficiarios cuyo parentesco no corresponda a cónyuge, hermanos, padres, hijos, abuelos o nietos, deberá indicarse el N° de identificación.

• En caso de no colocar beneficiarios de contingencia, debe trazarse una línea entendiéndose como tal, según herederos por ley.

**FORMA DE PAGO DE APORTACIONES**

Carné     Débito Cuenta de Ahorro/Cheque<sup>6/</sup>     Débito Tarjeta Crédito<sup>7/</sup>     Deducción Planilla

Otro \_\_\_\_\_

<sup>6/, 7/</sup> Banco: \_\_\_\_\_ <sup>6/, 7/</sup> Número: \_\_\_\_\_ <sup>7/</sup> Válida Hasta: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

<sup>6/, 7/</sup> Fecha de Primer Aporte: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ **Fecha de Aportes Mensuales:** \_\_\_\_\_

**Nota:** En caso que no se le debite su primer aporte en la fecha autorizada, AFP Atlántida podrá realizar intentos de débito en fechas posteriores.

**Nota:** Si desea realizar aportes con dinero en efectivo, hágalo directamente en las agencias bancarias designadas, AFP Atlántida no asume responsabilidad si lo anterior no es acatado.

**RESUMEN DE APORTES**

**Moneda:**     LPS     \$

**Aporte Inicial:** \_\_\_\_\_ **Aporte Mensual:** \_\_\_\_\_

**Total Aportes :** \_\_\_\_\_

**Procedencia de Aporte Inicial:** \_\_\_\_\_

**SEGURO OPCIONAL DE VIDA E INVALIDEZ**

**Desea Obtener el Seguro de Vida:**

Sí<sup>8/</sup>     No

<sup>8/</sup>En caso de aceptarlo favor completar el documento de inscripción de La Compañía de Seguros Atlántida.

**Lugar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE MI ACEPTACIÓN Y AFILIACIÓN AL FONDO DE PENSIONES ATLÁNTIDA.

**USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRADORA**

N° Cta. Pensión: \_\_\_\_\_

N° de Contrato: \_\_\_\_\_

Sub Producto: \_\_\_\_\_

**Tipo de Fondo:**     Individual     Contributivo

**Fuerza de Venta:**     Interna     Externa

**Nivel aproximado de ingreso del cliente en salarios mínimos:**

0-3     4-6     7-10

11-20     21-50     Más de 50

**USO EXCLUSIVO DEL ASESOR**

**Nombre del Asesor:** \_\_\_\_\_

**Código del Asesor:** \_\_\_\_\_

**Área del Banco:** \_\_\_\_\_

**Gerente Comercial:** \_\_\_\_\_

**Agencia / Oficina:** \_\_\_\_\_