

SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS / GESTIONES DEL AFILIADO

Nombre Completo: _____

Tipo de Identificación: ☐ Identidad ☐ Carné Residente ☐ Pasaporte N° de Identificación: _____

ACTUALIZACIÓN: DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Nacionalidad 1: _____ Nacionalidad 2: _____

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Unión Libre

Nombre Completo del Cónyuge: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____ Nivel de Escolaridad: _____

Correo Electrónico para Envío de Información: _____

Dirección de Residencia: _____

(Aldea / Colonia / Barrio, Calle, Avenida, N° de Casa, Zona, Bloque, Peatonal)

Municipio: _____ Departamento: _____

ACTUALIZACIÓN: DATOS LABORALES

Profesión: _____ Ocupación / Oficio: _____

Centro de Trabajo: _____ Cargo: _____

Ingreso Promedio Mensual: _____ Teléfono: _____ Ext: _____

Actividad Económica:

☐ Agropecuaria	☐ Pesca	☐ Minería	☐ Hoteles y Restaurantes
☐ Construcción	☐ Comercio	☐ Servicios	☐ Otro: _____
☐ Financiera	☐ Inmobiliaria	☐ Exportación	
☐ Manufactura	☐ Transporte	☐ Salud	

Dirección de Trabajo: _____

(Aldea / Colonia / Barrio, Calle, Avenida, N° de Casa, Zona, Bloque, Peatonal)

Número de Cuenta de AFP Atlántida: _____

GESTIÓN: CAMBIO DE FORMA DE APOORTE

☐ Cuenta Banco Atlántida N° Cuenta: _____ Tipo: ☐ Ahorros ☐ Cheques Moneda: ☐ LPS ☐ \$

☐ Tarjeta de Crédito N° de Tarjeta: _____ Banco Emisor: _____

Válida Hasta: Mes _____ Año _____ Marca: ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ American Express ☐ Otra

Fecha de Débito: _____

☐ Deducción por Planilla Nombre de la Empresa: _____

☐ Depósitos en Ventanilla de Banco Atlántida o Atlántida Online

GESTIÓN: BENEFICIO RETIROS

Tipo de Retiro: ☐ Retiro Parcial ☐ Retiro Total ☐ Renta Programada

Forma de desembolso: ☐ Orden de Pago ☐ Depósito a Cuenta Banco Atlántida ☐ ACH ☐ Cheque

Banco: _____ N° Cuenta Desembolso: _____

Tipo de Cuenta: ☐ Ahorros ☐ Cheques Moneda: ☐ LPS ☐ \$ Monto: _____

Motivo: _____ Fecha de Renta Programada: _____

Nota: Aplican cargos de acuerdo a lo estipulado en la relación contractual.

GESTIÓN: TRASLADO / UNIFICACIÓN DE FONDOS

Producto Actual: _____ Nuevo Producto: _____

Motivo: _____

GESTIÓN: AUMENTO / DISMINUCIÓN DE APORTE

Aporte Actual: _____ **Nuevo Aporte:** _____ **Moneda:** ☐ LPS ☐ \$
Aplica Seguro: ☐ Si ☐ No **Prima Seguro:** _____ **Aporte + Prima:** _____
Suma/Monto Asegurado: _____

Nota: Si posee seguro en caso de modificar el monto de su aporte, la prima y suma asegurada disminuirá o aumentará según sea el caso. En caso de aceptar el seguro, por favor completar el documento de la compañía de Seguros Atlántida.

BENEFICIARIOS DIRECTOS (EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL AFILIADO)

Nº	1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Parentesco	Nº de Identificación	Fecha de Nacimiento	%
1								
2								
3								
4								
5								
6								
								Total 100%

BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA (EN CASO DE FALLECIMIENTO DE BENEFICIARIOS DIRECTOS)

Nº	1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Parentesco	Nº de Identificación	Fecha de Nacimiento	%
1								
2								
3								
4								
								Total 100%

- Notas:**
- En los casos de beneficiarios cuyo parentesco no corresponda a cónyuge, hermanos, padres, hijos, abuelos o nietos, deberá indicarse el Nº de identificación.
 - En caso de no colocar beneficiarios de contingencia, debe trazarse una línea entendiéndose como tal, según herederos por ley.

OTRAS GESTIONES / COMENTARIOS
DECLARACIÓN DE LOS FONDOS Y ACEPTACIÓN DE CLÁUSULA

Declaro expresamente que toda información proporcionada es verdadera y autorizo a AFP Atlántida para su comprobación en cualquier momento. Acepto que, de demostrarse información falsa, AFP Atlántida podrá dar por terminada la relación, sin responsabilidad alguna para esta institución.

FIRMA AFILIADO

FECHA
Canal / Sucursal: _____ **Ciudad:** _____

Gestionado por: _____