

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, Nº de Casa, Zona, Bloque, Peatonal)

Municipio: _____ Departamento: _____

Actúo en Nombre: ☐ Propio ☐ Tercero^{1/}

^{1/} Nombre del Tercero: _____ ^{1/} Parentesco: _____

NOMBRE COMPLETO DE LAS PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED

1: _____ 3: _____

2: _____ 4: _____

^{2/}REFERENCIAS: PERSONALES, BANCARIAS, COMERCIALES Y/O LABORALES

TELÉFONO

1: _____

2: _____

^{2/}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 5 años? ☐ No ☐ Si^{3/}

^{3/}Cargo: _____ ^{3/}Institución: _____

¿Alguno de sus padres, abuelo(as), hermanos(as), hijos(as), nietos(as), cónyuge, suegros(as), cuñados(as), yernos o nueras es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? ☐ No ☐ Si^{4/}

^{4/} Si su respuesta es afirmativa, favor complete el formulario correspondiente.

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

Centro de Trabajo: _____ Cargo: _____

Fecha de Inicio: Mes _____ Año _____ Teléfono Fijo: _____ Nº de Extensión: _____

Dirección Exacta: _____

Actividad Económica:

☐ Agropecuaria ☐ Pesca ☐ Minería ☐ Hoteles y Restaurantes
☐ Construcción ☐ Comercio ☐ Servicios ☐ Exportación

☐ Financiera

☐ Inmobiliaria

☐ Salud

☐ Manufactura

☐ Transportes

☐ Otro: _____

¿Realiza alguna Actividad o Profesión No Financiera Designada (APNFD)? ☐ No ☐ Si ^{5/}

^{5/} Si su respuesta es afirmativa, favor presentar el comprobante de ingreso respectivo, o en su defecto el formulario correspondiente.

BENEFICIARIOS DIRECTOS (EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL AFILIADO) ^{6/}

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

^{6/} 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) ^{7/}

1								
2								

^{7/} 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 Nº de identificación.
• En caso de no colocar beneficiarios de contingencia, debe trazar una línea entendiéndose como tal, según herederos por ley.

FORMA DE PAGO DE APORTACIONES

☐ Carné

☐ Débito Cuenta de Ahorro/Cheque ^{8/}

☐ Débito Tarjeta Crédito ^{9/}

☐ Deducción Planilla

☐ Otro _____

^{8/ 9/} Banco: _____ ^{8/ 9/} Número: _____ ^{9/} Válida Hasta: Mes _____ Año _____

^{8/ 9/} 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 Ordinario: _____

Total Aportes: _____

Procedencia de Aporte Inicial: _____

SEGURO OPCIONAL DE VIDA E INVALIDEZ

Desea Obtener el Seguro de Vida:

☐ Si ^{10/}

☐ No

^{10/} En caso de aceptarlo favor completar el documento de inscripción de La Compañía de Seguros.

Declaro expresamente con la firma del presente documento que:
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal hondureño. 2. La información que he suministrado en la Solicitud y en cualquier otro documento es veraz, oportuna y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. 3. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, AFP Atlántida estará facultada para suspender o cancelar el contrato de afiliación, sin que esto implique responsabilidad alguna de AFP Atlántida frente al afiliado, sin perjuicio de las acciones que conforme a derecho correspondan. 4. Autorizo recibir e intercambiar información a través del correo electrónico suministrado. 5. En caso de que la Solicitud de Afiliación sea para adherirse al Plan Empresarial Voluntario de Pensiones existente entre su patrono y AFP Atlántida, al suscribir la presente Solicitud, el firmante: 1) Declara conocer las condiciones contractuales y/o convenidas a las cuales estará sujeto su Cuenta Individual de Capitalización y las acepta; 2) Declara estar de acuerdo que su patrono realice una deducción en su salario con la periodicidad pactada en base al monto contemplado en el apartado Aporte Ordinario de la presente solicitud para ser trasladado por éste a su Cuenta Individual de Capitalización. 6. Acepto que los valores monetarios que reciba La Administradora para el Fondo de Pensiones en moneda nacional o extranjera corresponderán al tipo de cambio de la fecha de acreditación. La acreditación será considerada tras la entrega completa de documentación que La Administradora requiera para tal efecto. En caso contrario, los valores monetarios serán trasladados a una cuenta temporal por tales circunstancias hasta que se cumpla con lo solicitado por La Administradora. 7. Declaro que firmo el presente documento, como constancia de mi aceptación y afiliación al Fondo de Pensiones Atlántida.

Lugar: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE