



Formulario Solicitud de Tarjeta de Crédito Scotiabank / AAdvantage®

Remite esta solicitud a la Sucursal de Scotiabank más cercana o llama a TeleScotia 809-567-7268 ó 1-809-200-7268, desde el interior sin cargos.

Eres miembro de AAdvantage® Si No
AAdvantage® #

PRODUCTO SOLICITADO

Scotiabank / AAdvantage® Visa Scotiabank / AAdvantage® Gold Visa Scotiabank / AAdvantage® Platinum Visa

INFORMACION PERSONAL DEL SOLICITANTE

Sr. Sra. Srta. Primer Nombre: _____ Inicial segundo Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Cédula / Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Sexo: _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Ciudad de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Ciudad Donde Vive: _____ Dirección Residencia: _____

Sector: _____ Ciudad: _____ ¿Dónde enviamos tu estado de cuenta? Casa Oficina ¿Cuál sucursal Scotiabank es conveniente para tí? _____

Tiempo en esta dirección: Años Meses Si es menos de 2 años, cuánto tiempo residió en la anterior: Años Meses Teléfono de la residencia: () Teléfono celular: ()

Teléfono Adicional: () E-mail: _____

INFORMACION LABORAL

Lugar de trabajo: _____ Cargo: _____ Dirección Compañía: _____

Sector: _____ Ciudad: _____ Teléfono de la oficina: () Extensión: _____ Tiempo Laborando: Años Meses

Si es menos de 2 años, tiempo laborando en la compañía anterior: Años Meses Nombre Compañía Anterior: _____ Teléfono: ()

Dirección Completa: _____

INFORMACION FINANCIERA

Ingresos Mensuales: _____ Otros ingresos: _____ Fuente de Otros Ingresos: _____

Tipo de Residencia: Propia Alquilada Padres Si, propia: Valor: _____ Alquilada: Si No Si alquila, Propietario / Agente: _____

Cuota: _____ Teléfono del Propietario: _____ Posee Vehículo: Si No Marca del Vehículo: _____ Modelo: _____ Año: _____

Otros Activos: _____ Valor Estimado: _____

¿Posees productos con otros bancos? Tarjetas de Crédito # _____ Cuenta Corriente # _____ Cuenta de Ahorro # _____ Certificado Financiero # _____

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre Referencia 1: _____ Teléfono: () Ocupación: _____ Relación: _____

Nombre Referencia 2: _____ Teléfono: () Ocupación: _____ Relación: _____

INFORMACION PERSONAL DEL CO-SOLICITANTE

Sr. Sra. Srta. Primer Nombre: _____ Inicial segundo Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Cédula / Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Sexo: _____ Parentesco: _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Ciudad de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Ciudad Donde Vive: _____ Dirección Residencia: _____

Sector: _____ Ciudad: _____ ¿Dónde enviamos tu estado de cuenta? Casa Oficina ¿Cuál sucursal Scotiabank es conveniente para tí? _____

Tiempo en esta dirección: Años Meses Si es menos de 2 años, cuánto tiempo estuviste en la anterior: Años Meses Teléfono de la residencia: () Teléfono celular: ()

Teléfono Adicional: () E-mail: _____

TARJETAS ADICIONALES

Nombre SP1: _____ Nombre SP2: _____ Nombre SP3: _____ Nombre SP4: _____

OTROS

Sourcecode: _____ Código Vendedor: _____ Fecha Digitación: Incluir en Menú Scotiabank* Incluir en Protección Accidentes* Cliente autorizó consultar historial crediticio*

Certifico, (certificamos) bajo la fé del juramento, que la información que antecede es veraz y completa. Si The Bank of Nova Scotia (el "Banco") aprobara esta solicitud, le requiero (requerimos) que me (nos) emita la(s) tarjeta (s) de crédito Scotiabank según lo indicado más arriba. Autorizo (autorizamos) a el Banco a obtener informacion adicional sobre mi (nosotros) y a verificar la información que he (hemos) proporcionado en el presente documento, así como, a intercambiar informacion sobre mi (nosotros) con otras partes. Acuerdo (acordamos) leer y sujetarme(sujetarnos) al acuerdo del Tarjetahabiente Scotiabank. Autorizo (autorizamos) a debitar de mi (nuestra) cuenta de tarjeta de crédito el monto de los costos anuales vigentes de tiempo en tiempo para la tarjeta. * Al seleccionar cualesquiera de los programas Menú y/o Programa de Protección Contra Accidentes Personales acepto y autorizo al Banco a debitar de mi cuenta de Tarjeta de Crédito el(los) monto(s) del costo mensual de dichos programas. Además, autorizo (autorizamos) consultar mi (nuestro) historial de los centros de información crediticia u otra fuente de referencia.

Firma del Cliente

Fecha