

Uso exclusivo de Orange

No móvil de Orange



Sí, soy cliente de Scotiabank

## INFORMACION PERSONAL DEL SOLICITANTE

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Primer nombre:	Inicial segundo nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
Cédula / Pasaporte:	Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Sexo:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Ciudad de nacimiento:
Nacionalidad:	Ciudad donde vives:	Dirección residencia:	Sector:	Ciudad:
¿Dónde enviamos tus estados de cuenta?	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Oficina	Tiempo en esta dirección: Años Meses	Si es menos de 2 años ¿cuánto tiempo residiste en la anterior?	Años Meses
Teléfono de la residencia: ( )		Teléfono adicional: ( )	Email:	Teléfono celular: ( )

## INFORMACION LABORAL

Lugar de Trabajo:	Cargo:	<input type="checkbox"/> Trabajador tiempo completo	<input type="checkbox"/> Trabajador tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo / independiente
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:	Dirección completa:		
Nombre compañía anterior:	Teléfono: ( )			

## INFORMACION FINANCIERA

Ingresos mensuales:	Otros ingresos:	Fuente de otros ingresos:	Tipo de residencia: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Padres	Si, propia: valor:
Si, alquilada, propietario / agente:	Mensualidad de alquiler:	Teléfono del propietario: ( )	¿Posés vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marca del vehículo:
Modelo:	Año:	Otros activos:	Valor estimado:	
¿Posés productos con Scotiabank?	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro	<input type="checkbox"/> Certificado financiero
¿Posés productos con otros bancos?	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro	<input type="checkbox"/> Certificado financiero

Teléfono: ( )

Nombre Referencia 1:	Relación:	Ocupación:	Teléfono: ( )
Nombre Referencia 2:	Relación:	Ocupación:	Teléfono: ( )

## TARJETAS ADICIONALES

Nombre SP1:	Nombre SP2:	Nombre SP3:	Nombre SP4:
-------------	-------------	-------------	-------------

## OTROS Uso exclusivo de Source code Scotiabank

Source code:	Código vendedor:	Fecha digitación:
--------------	------------------	-------------------

Incluir en Protección Accidentes\*\*\*

Cliente autorizó consultar historial crediticio

Al firmar abajo el presente formulario, usted(es) declara(n), reconoce(n) y acepta(n), que las informaciones suministradas en esta solicitud son verdaderas, ciertas y completas; asimismo nos autoriza(n) a obtener información adicional sobre usted(es) y a verificar en los Centros de Información Crediticia u otras fuentes de referencia, la información que usted(es) nos ha(n) proporcionado más arriba con los siguientes propósitos: entender sus necesidades; determinar la conveniencia de nuestros productos o servicios para usted(es); determinar su admisibilidad a nuestros productos y servicios; establecer, administrar y ofrecer productos y servicios que satisfagan sus necesidades; proporcionarle un servicio continuo y cumplir con nuestros requerimientos normativos y legales. En caso de que la presente solicitud sea aprobada por el Banco, solicita/solicitamos emitir la(s) tarjeta(s) de crédito Scotiabank según lo indicado más arriba y al mismo tiempo autorizo/autorizamos también al banco a suministrar a cualquier Centro de Información Crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria de acuerdo a las disposiciones legales vigentes. Usted(es) reconoce(n) y acepta(n) que el Banco puede utilizar terceros que sean proveedores de servicios para procesar o manejar su información personal y financiera en nombre nuestro y que algunos de nuestros proveedores de servicios pueden estar ubicados fuera de la República Dominicana. Como resultado, las autoridades reguladoras podrían tener acceso a su información personal y financiera de conformidad con las leyes de estas jurisdicciones. De igual modo, usted(es) autoriza(n) al Banco a informarle sobre productos y servicios del Grupo Scotiabank, y a revelar esta información sobre usted(es) a otros Miembros del Grupo Scotiabank, conforme las disposiciones legales aplicables lo permitan, de modo que puedan ofrecerle por cualquier medio de comunicación directa sus productos y servicios durante y después de que nuestra relación bancaria con usted(es) haya terminado. Usted(es) acepta(n) leer y sujetarse(nos) a los términos y condiciones del Acuerdo de Tarjeta de Crédito. 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, usted(es) acepta(n) y autoriza(n) al Banco a debitar de su cuenta de Tarjeta de Crédito el (los) monto (s) correspondiente(s) al costo mensual de dichos programas.

Firma del Cliente

Fecha

10/08