

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 ¿Cuál sucursal Scotiabank es conveniente para tí?		
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 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: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Padres	Si, propia: Valor:	Si, alquilada, Propietario / Agente:		
Mensualidad:	Teléfono del propietario:	¿Posees vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marca del vehículo:	Modelo: Año:
Otros activos:	Valor estimado:			
¿Posees productos con Scotiabank?	<input type="checkbox"/> Tarjetas de crédito #	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente #	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro #	<input type="checkbox"/> Certificado financiero #
¿Posees productos con otros bancos?	<input type="checkbox"/> Tarjetas de crédito #	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente #	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro #	<input type="checkbox"/> Certificado financiero #

REFERENCIAS PERSONALES

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

INFORMACION PERSONAL DEL CO-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:	Parentesco:	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:			
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 celular: ()	
Teléfono adicional: ()	E-mail:			

TARJETAS ADICIONALES

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

OTROS

Sourcecode:	Código vendedor:	Fecha digitación:	<input type="checkbox"/> Incluir en Menú Scotiabank***	<input type="checkbox"/> Incluir en Protección Accidentes***	<input type="checkbox"/> Cliente autorizó
-------------	------------------	-------------------	--	--	---

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

Aprobado por (Uso exclusivo del Banco)

Fecha