Scotiabank

Solicitud - Scotiabank Orange MasterCard®

Uso exclusivo de Orange

No móvil de Orange

Favor elegir el diseño de tu preferencia

❑ Gris ❑ Blanco ❑ Joven

❑ Sí, soy cliente de Scotiabank

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 vives: Dirección residencia: Sector: Ciudad:

¿Dónde enviamos tus estados de cuenta? ❑ Casa ❑ 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: ❑ Trabajador tiempo completo ❑ Trabajador tiempo parcial ❑ 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: ❑ Propia ❑ Alquilada ❑ Padres Si, propia: valor:

Si, alquilada, propietario / agente: Mensualidad de alquiler: Teléfono del propietario: ( ) ¿Posées vehículo? ❑ Si ❑ No Marca del vehículo:

Modelo: Año: Otros activos: Valor estimado:

¿Posées productos con Scotiabank? ❑ Tarjeta de crédito ❑ Cuenta corriente ❑ Cuenta de ahorro ❑ Certificado financiero

¿Posées productos con otros bancos? ❑ Tarjeta de crédito ❑ Cuenta corriente ❑ Cuenta de ahorro ❑ 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, solicito/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