



# SOLICITUD DE TARJETA DE CRÉDITO

"Con la Asociación de Empleados, sé que lo estoy haciendo bien"

AEELA 147 pdf  
2-2011(Rev.)

MASTERCARD REGULAR

MASTERCARD AEELA MÁXIMA

AUMENTO EN LÍNEA

## INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

<input type="checkbox"/> F SEXO	NOMBRE	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
<input type="checkbox"/> M					
<input type="checkbox"/> CASADO	TELÉFONO RESIDENCIAL	LICENCIA DE CONDUCIR		FECHA DE NACIMIENTO MES ___ DÍA ___ AÑO ___	
<input type="checkbox"/> NO CASADO (INCLUYE SOLTERO, DIVORCIADO O VIUDO)				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN POSTAL			DIRECCIÓN RESIDENCIAL		
CIUDAD			CIUDAD		
ZIP CODE			ZIP CODE		
NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED			DIRECCIÓN		
PARENTESCO					
NOMBRE DEL PATRONO		LUGAR DE TRABAJO		TELÉFONO DIRECCIÓN	
SALARIO MENSUAL \$		\$ BRUTO		\$ NETO	
				TIEMPO EN EL EMPLEO	
				POSICIÓN	
TELÉFONO		JEFE INMEDIATO		INGRESOS ADICIONALES \$	
				BRUTO	

## INFORMACIÓN FINANCIERA

BANCO HIPOTECARIO	CORREO ELECTRÓNICO				
<input type="checkbox"/> CASA PROPIA	<input type="checkbox"/> ALQUILADA	<input type="checkbox"/> VIVE CON FAMILIA	<input type="checkbox"/> OTRO	PAGO MENSUAL \$	

## INFORMACIÓN SOBRE EL CO-SOLICITANTE O TARJETA ADICIONAL

NOMBRE	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		
<input type="checkbox"/> CASADO	TELÉFONO RESIDENCIAL	LICENCIA DE CONDUCIR		FECHA DE NACIMIENTO MES ___ DÍA ___ AÑO ___	
<input type="checkbox"/> NO CASADO (INCLUYE SOLTERO, DIVORCIADO O VIUDO)				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN POSTAL			DIRECCIÓN RESIDENCIAL		
CIUDAD			CIUDAD		
ZIP CODE			ZIP CODE		
NOMBRE DEL PATRONO		LUGAR DE TRABAJO		DIRECCIÓN	
SALARIO MENSUAL \$		\$ BRUTO		\$ NETO	
				TIEMPO EN EL EMPLEO	
				POSICIÓN	
TELÉFONO		JEFE INMEDIATO		INGRESOS ADICIONALES \$	
				BRUTO	

Por la presente certifico que lo antes expuesto es cierto y correcto. Autorizo a la Asociación de Empleados del E.L.A. de Puerto Rico a revisar el historial de crédito y de empleo del suscriptor y a divulgar a cualquier agencia de información de crédito cualquier hecho o circunstancia respecto a sus experiencias de crédito con la Asociación de Empleados del E.L.A. Entiendo que la Asociación de Empleados del E.L.A. retendrá esta solicitud, fuera o no aprobada la misma. El uso del singular en esta certificación se entenderá en plural si más de una persona firma esta solicitud.

Fecha

Firma del Solicitante

Firma del Cónyuge o Co-Solicitante (Si Aplica)

## PARA USO DE LA ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DEL E.L.A.

<input type="checkbox"/> APROBADA	RAZÓN (ES) PARA DENEGAR	FECHA
<input type="checkbox"/> DENEGADO	DECISIÓN TOMADA POR	TÍTULO

Sujeto a aprobación de crédito. Se cobrará un cargo por demora de \$10.00 si efectúa el pago mínimo después de la fecha de pago. Se cobrará un cargo de \$10.00 por cada cheque devuelto. Estos cargos serán añadidos al balance de mercancías de su cuenta. La oferta de 7.9% aplica sólo a transferencias de balance hasta su vencimiento. La información sobre los costos asociados de esta oferta de tarjeta descrita en esta solicitud, son válidos al momento de la impresión de la misma. La vigencia de transferencias de balances de esta oferta puede cambiar después de esta fecha. Para más información sobre esta oferta puede comunicarse con AEELA MasterCard al 641-4432. PO Box 70290 San Juan, Puerto Rico 00936-8290. **Tel. 787-641-4432/ Fax: 787-641-4134**

Aprobado

Denegado

Director