



PROGRAMA TARJETA DE CRÉDITO

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

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DEUDA

Tel. 787-641-4432 / Fax: 787-641-4134

(PARA SER COMPLETADA EN SU TOTALIDAD. NO PUEDE TENER BORRONES, CORRECCIONES O TACHADURAS.)

Nombre del solicitante _____

Número de seguro social _____

Número de Tarjeta _____

Solicito se considere mi Línea de Crédito para saldar las siguientes deudas:

NOMBRE DE INSTITUCIÓN O COMERCIO	NÚMERO DE CUENTA	CANTIDAD A CANCELAR
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FIRMA ASOCIADO _____

FECHA MES ____ DÍA ____ AÑO ____

CANTIDAD TOTAL _____

DEPARTAMENTO DE FINANZAS

Favor de preparar los siguientes cheques para cancelar la cuenta o las cuentas de referencia:

NOMBRE DE INSTITUCIÓN O COMERCIO	NÚMERO DE CUENTA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PATRONAL	CANTIDAD A CANCELAR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

RECOMENDADO POR _____
FIRMA ANALISTA DE CRÉDITO

FECHA MES ____ DÍA ____ AÑO ____

APROBADO POR _____
FIRMA DIRECTOR, O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA MES ____ DÍA ____ AÑO ____

Tranferencias de balances de cuentas de otras instituciones serán procesadas como adelanto de efectivo y se cobrará a base del balance promedio diario (incluyendo las compras nuevas). Deverán continuar con los pagos a estas instituciones o comercios hasta que le llegue un aviso de AEELA MasterCard. Se requiere balance de cancelación de comercio o institución. AEELA no se responsabiliza de algún (algunos) saldo (s) o cargos adicionales restantes con respecto a dichas cuentas, ni de los cargos por mora en el pago y la transferencia de saldos. Sujeto a aprobación de crédito o balance disponible.