

## Estimado cliente: Favor de llenar en letra de molde

NOMBRE DEL AGENTE \_\_\_\_\_ NUMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ AGENTE NUM. C.S. \_\_\_\_\_

MERCANCIA Comfort Pedic \_\_\_\_\_ SEGURO  SI  NO

PRECIO DE CONTADO \$ 7,395 PRONTO PAGO EN EFECTIVO \$ 1,500 TOMADO A CUENTA \$ BALANCE \$ 6,745.43 Plazos Mensuales NUM. 36 \$ \_\_\_\_\_

## SOLICITANTE

NOMBRE JULIO PRUEBA1 DEL RIO2	Fecha de Nacimiento 1994-05-08	NUM. SEGURO SOCIAL 456-45-6456	<input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO	TELEFONOS : 787-412-0732 HOGAR : Móvil NEGOCIO : _____
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---	--

DIRECCIÓN URB MONTANEZ A7 CALLE A	CALLE	CIUDAD	ESTADO Bayamón	ZIP CODE 00958	NUM. DEPENDIENTES	<input type="checkbox"/> Propia Tiempo: <input type="checkbox"/> Alquilado _____ años
--------------------------------------	-------	--------	-------------------	-------------------	-------------------	--

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DEUDOR HIPOTECARIO O DUEÑO DE LA PROPIEDAD PAGO MENSUAL DE RENTA \$ \_\_\_\_\_

DIRECCION ANTERIOR  Propia Tiempo:  
 Alquilado \_\_\_\_\_ años

## TRABAJO DEL SOLICITANTE Y/U OTROS TRABAJOS

PATRONO Retirado	OCCUPACIÓN	TELÉFONO	Cuánto Tiempo: 5	
---------------------	------------	----------	------------------	--

DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZIP CODE	SUELDO MENSUAL 1500
-----------	-------	--------	--------	----------	------------------------

No incluya ingresos por concepto de pension alimenticia, a manos que deseas se consideren como fuente para el pago de esta obligacion.	Estes penstiones altrnentictas se rectben conforme a: <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Convenio Escrito <input type="checkbox"/> Acuerdo Verbal	Cantidad \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
--	--	----------------------	--

PATRONO ANTERIOR	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN	Cuanto Tiempo años		
------------------	-----------	------------	-----------------------	--	--

## INFORMACION CONYUGE-SI APlica

NOTA El solicitante deberá proveer la información requerida sobre el cónyuge si la contestación es "SI" a una o más de las preguntas a continuación.

1. El conyuge firmard el cuadro del contro SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. Solicitante cuenta con los ingresos del conyuge(o propiedadcomun) para pagar. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. Solicitante cuenta con pension alimenticia, sostenimiento del hijo por el conyuge (o conyuge anterior) para pagar esa obligacion SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NOMBRE CÓNYUGE			Fecha de Nacimiento		NUM. SEGURO SOCIAL	
----------------	--	--	---------------------	--	--------------------	--

DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZIP CODE	TEL RESIDENCIA	TEL OFICINA	Cuanto Tiempo años
-----------	-------	--------	--------	----------	----------------	-------------	-----------------------

PATRONO			SUELDO MENSUAL				
---------	--	--	----------------	--	--	--	--

DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZIP CODE	OCCUPACIÓN	Cuanto Tiempo años
-----------	-------	--------	--------	----------	------------	-----------------------

## REFERENCIAS DE CREDITO (INDIQUE NOMBRE Y NUM. DE CUENTA.)

T A R J E D I T A S T O	ACREEDOR	NÚMERO DE CUENTA	O T R O S	ACREEDOR	NÚMERO DE CUENTA

BANCO	DIRECCION DEL BANCO	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Prestamos
-------	---------------------	---

MARCA Y AÑO DEL AUTO	NUM. LICENCIA DE CONDUCIR	NUM. TABALILLA	FINANCIADO POR:
----------------------	---------------------------	----------------	-----------------

PARIENTE(S) MÁS CERCANO(S) QUE NO VIVEN CON USTED	DIRECCIÓN COMPLETA	TELÉFONO HOGAR	PARENTESCO
---	--------------------	----------------	------------

1.

2.

Favor de Firmar	Los suscriptores por la presente manifiestan y certifican que todo lo antes expuesto es correcto según nuestro mejor entender y que World Financial Corporation retendrá esta solicitud fuera o no aprobada la misma. Por la presente se autoriza a World Financial Corporation verificar el historial de crédito y de empleo de los suscriptores y a divulgar a cualquier agencia de información operada respecto a sus experiencias de crédito con los suscriptores.
-----------------	--

	Firma del Cónyuge (SI Aplica)	
(SOLAMENTE PARA USO DEL BANCO)		
Fecha recibida	DECISION	
POR.	NUM. OFICIAL	FECHA