



FINANCIAL CORPORATION

SOLICITUD DE CREDITO

Estimado cliente: Favor de llenar en letra de molde.

NÚMERO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	AGENTE NUM. C.S.
------------------	------------------	------------------

MERCANCÍA	Comfort Chair
-----------	---------------

SEGURO	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> NO

PRECIO DE CONTADO	\$ 3495	PRONTO PAGO EN EFECTIVO	\$ 500	TOMADO A CUENTA	\$	BALANCE	\$ 3396.93	Plazos Mensualas NUM. 36 \$
-------------------	---------	-------------------------	--------	-----------------	----	---------	------------	-----------------------------

SOLICITANTE

NOMBRE JULIO LARA	Fecha de Nacimiento 1967-08-14	NUM. SEGURO SOCIAL 523156351	<input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO	TELEFONOS : 7877853234 HOGAR : Fijo NEGOCIO : _____
----------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---	---

DIRECCIÓN CARR 167 A7 MONTANEZ	CALLE	CIUDAD	ESTADO Bayamón	ZIP CODE 00957	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	<input type="checkbox"/> Propia Tiempo: <input type="checkbox"/> Alquilado _____ años
--------------------	--

TRABAJO DEL SOLICITANTE Y/U OTROS TRABAJOS

PATRONO Trabaja	OCUPACIÓN Comfort Pedic y Presidente	TELÉFONO	Cuánto Tiempo: 20
-----------------	--------------------------------------	----------	-------------------

DIRECCIÓN Carr 167	CALLE	CIUDAD	ESTADO Bayamón	ZIP CODE	SUELDO MENSUAL 10000
--------------------	-------	--------	----------------	----------	----------------------

No incluya ingresos por concepto de pension alimenticia, a manos que desae se consideren como fuente para el pago de esta obligacion.	Estes penstones 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	OCUPACIÓN	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.

- El conyuge firmard el cuardo del contrto SI _____ NO _____
- Solicitante cuenta con los ingresos del conyuge(o propiedadcomun) para pagar. SI _____ NO _____
- Solicitante cuenta con pension alimenticia, sostenimiento del hijo por el conyuge (o conyuge anterior) para pagar esa obligacion SI _____ NO _____

NOMBRE CÓNYUGE Maricarmen Villanueva	Fecha de Nacimiento 25 de de noviembre de 1976	NUM. SEGURO SOCIAL 597141108
---	---	---------------------------------

DIRECCIÓN Venus Gardens AK26	CALLE	CIUDAD	ESTADO San Juan	ZIP CODE 00926	TEL RESIDENCIA 7877853232	TEL OFICINA	Cuanto Tiempo _____ años
---------------------------------	-------	--------	--------------------	-------------------	------------------------------	-------------	--------------------------

PATRONO Retirado	SUELDO MENSUAL 3000
------------------	---------------------

DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZIP CODE	OCUPACIÓN	Cuanto Tiempo 2 años
-----------	-------	--------	--------	----------	-----------	----------------------

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

T A R J E T A S	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. Maricarmen Ríos	San Juan	7876750082	Amigo
--------------------	----------	------------	-------

2. Frances Cruz	Toa Alta	7879871171	Familiar
-----------------	----------	------------	----------

Favor de Firmar	Los suscribientes 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 suscribientes y a divulgar a cualquier agencia de información operada respecto a sus experiencias de crédito con los suscribientes.
-----------------	---

Firma del deudor principal	Firma del Cónyuge (SI Aplica)
----------------------------	-------------------------------

(SOLAMENTE PARA USO DEL BANCO)		
Fedie Recbida	DECISION	
POR.	Nuk	OFICW