

SOLICITUD DE PRESTAMO | PERSONA NATURAL

PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO

TIPO DE CRÉDITO ☐ FIDUCIARIO ☐ PRENDARIO ☐ HIPOTECARIO **FECHA:** **CIUDAD:** ☐ TEGUCIGALPA ☐ SAN PEDRO SULA

REFINANCIAMIENTO ☐ READECUACIÓN ☐ **NÚMERO DE PRESTAMO:** **SALDO ACTUAL:**

MONTO: **PLAZO:** **CUOTA NIVELADA:** **CUOTA SEGURO:** **CUOTA FINAL:**

Para uso exclusivo del banco

DESTINO: **BANCO:** **NÚMERO DE CUENTA:**

HA MANTENIDO OPERACIONES EN BANCOFINTER ☐ SI ☐ NO **ES AVAL ACTUALMENTE EN BANCOFINTER** ☐ SI ☐ NO **¿QUIÉN?:**

¿Actualmente o en los últimos 5 años, usted o sus familiares han desempeñado algún cargo público? (si aplica llenar formato PEP) ☐ SI ☐ NO

ESPECIFIQUE:

DATOS PERSONALES

PRIMER NOMBRE: **PRIMER APELLIDO:**

SEGUNDO NOMBRE: **SEGUNDO APELLIDO:**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: **DÍA** **MES** **AÑO**

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE **NACIONALIDAD:** **GÉNERO:** ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

PESO: **ESTATURA:** **CORREO:**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: DNI RTN ☐ PASAPORTE ☐ CARNET DE RESIDENTE ☐ CARNET CIUDADANO **NÚMERO**

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIO: **DEPENDIENTES ECONÓMICOS:** SÍ ☐ NO ☐ **HIJOS:** SÍ ☐ NO ☐ **CUÁNTOS:** **OTROS:**

DATOS RESIDENCIALES

DIRECCIÓN DOMICILIO:

CIUDAD / ALDEA: **MUNICIPIO:** **DEPARTAMENTO:**

TIPO DE CASA: ☐ PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ FAMILIAR ☐ FINANCIADA **TIEMPO DE RESIDIR:** AÑOS: MESES:

TÉLEFONO FIJO: **TÉLEFONO MÓVIL:**

EN CASO DE NO POSEER NÚMERO DE CONTÁCTO, INCLUIR EL DE UN FAMILIAR: **NOMBRE:** **NÚMERO:**

DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA: ☐ ASALARIADO ☐ INDEPENDIENTE

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

CIUDAD / ALDEA: **MUNICIPIO:** **DEPARTAMENTO:**

DEPARTAMENTO ASIGNADO: **CARGO:**

TÉLEFONO: **EXTENSION:**

TIPO DE TRABAJO: ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE **FECHA DE INGRESO:** **ANTIGÜEDAD:**

CORREO: **SECTOR ECONÓMICO:**

SALARIO: **OTROS INGRESOS:** **ORIGEN DE RECURSOS:** **TOTAL INGRESOS:**

RANGO SALARIAL: ☐ L.0 - L. 45,000 ☐ L.45,001 - L. 90,000 ☐ L.90,001 - L. 150,000 ☐ L.150,001 - L. 300,000 ☐ L.300,001 - L. 750,000 ☐ L.750,001 - EN ADELANTE

DATOS DEL CONYUGE

PRIMER NOMBRE: **PRIMER APELLIDO:**

SEGUNDO NOMBRE: **SEGUNDO APELLIDO:**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: **DÍA** **MES** **AÑO**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ CARNET DE RESIDENTE ☐ CARNET CIUDADANO **NÚMERO:**

DIRECCIÓN LABORAL: **DEPARTAMENTO:**

SALARIO: **OTROS INGRESOS:** **ORIGEN DE RECURSOS:**

TÉLEFONO FIJO: **TÉLEFONO MÓVIL:** **CORREO:**

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

NOMBRE COMPLETO: _____
PARENTESCO: _____
TELÉFONO: _____ DNI: _____
DIRECCIÓN: _____

NOMBRE COMPLETO: _____
PARENTESCO: _____
TELÉFONO: _____ DNI: _____
DIRECCIÓN: _____

REFERENCIA FAMILIAR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ PARENTESCO: _____			
DIRECCIÓN DOMICILIO: _____			

REFERENCIA PARTICULAR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ PARENTESCO: _____			
DIRECCIÓN DOMICILIO: _____			

REFERENCIA BANCARIA

NOMBRE ENTIDAD: _____
FECHA DE APERTURA: _____ TIPO DE CUENTA: _____ INSTITUCIÓN: _____

BENEFICIARIO FINAL

Indicar si actúa por cuenta propia ☐ o de un tercero ☐ En caso de actuar por un tercero, por favor complete la siguiente información:

NOMBRE COMPLETO: _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

REPRESENTANTE LEGAL

Indicar si actúa por cuenta propia ☐ o de un tercero ☐ En caso de actuar por un tercero, por favor complete la siguiente información:

NOMBRE COMPLETO: _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

DATOS PERSONALES DEL AVAL 1

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ DÍA _____ MES _____ AÑO _____ NACIONALIDAD: _____			
GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO PESO: _____ ESTATURA: _____ EDAD: _____ PROFESIÓN / OCUPACIÓN: _____			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ CARNET DE RESIDENTE ☐ CARNET CIUDADANO NÚMERO: _____			
RTN: _____ CORREO: _____ ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO			
¿Actualmente o en los últimos 5 años, usted o sus familiares han desempeñado algún cargo público? (si aplica llenar formato PEP) ☐ SÍ ☐ NO			
ESPECIFIQUE: _____			

DATOS RESIDENCIALES

DIRECCIÓN DOMICILIO: _____
CIUDAD / ALDEA: _____ MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____
TIPO DE CASA: ☐ PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ FAMILIAR ☐ FINANCIADA TIEMPO DE RESIDIR: AÑOS: _____ MESES: _____
TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____
EN CASO DE NO POSEER NÚMERO DE CONTÁCTO, INCLUIR EL DE UN FAMILIAR: NOMBRE: _____ NÚMERO: _____

DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ NOMBRE DE NEGOCIO PROPIO, SI APLICA: _____
POSICIÓN O CARGO QUE DESEMPEÑA: _____ FECHA DE INGRESO: _____ SALARIO MENSUAL: _____
SI EL CLIENTE TIENE OTROS INGRESOS, ESPECÍFIQUE: _____
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: _____
TELÉFONO 1: _____ TELÉFONO 2: _____ EXTENSIÓN: _____
ES FIADOR DE BANCO COFINTER: ☐ SÍ ☐ NO ¿DE QUÉ PERSONA? _____

DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ CARNET DE RESIDENTE ☐ CARNET CIUDADANO NÚMERO:

NOMBRE DE LA EMPRESA: NOMBRE DE NEGOCIO PROPIO, SI APLICA

POSICIÓN O CARGO QUE DESEMPEÑA: FECHA DE INGRESO: SALARIO MENSUAL:

REFERENCIA FAMILIAR

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TÉLEFONO FIJO: TÉLEFONO MÓVIL: PARENTESCO:

DIRECCIÓN DOMICILIO:

REFERENCIA PARTICULAR

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TÉLEFONO FIJO: TÉLEFONO MÓVIL: PARENTESCO:

DIRECCIÓN DOMICILIO:

LUGAR DE TRABAJO (EN CASO DE LABORAR):

DATOS PERSONALES DEL AVAL 2

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO NACIONALIDAD:

GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO PESO: ESTATURA: EDAD: PROFESIÓN / OCUPACIÓN:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ CARNET DE RESIDENTE ☐ CARNET CIUDADANO NÚMERO:

RTN: CORREO: ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO

¿Actualmente o en los últimos 5 años, usted o sus familiares han desempeñado algún cargo público? (si aplica llenar formato PEP) ☐ SI ☐ NO

ESPECIFIQUE:

DATOS RESIDENCIALES

DIRECCIÓN DOMICILIO:

CIUDAD / ALDEA: MUNICIPIO: DEPARTAMENTO:

TIPO DE CASA: ☐ PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ FAMILIAR ☐ FINANCIADA TIEMPO DE RESIDIR: AÑOS: MESES:

TÉLEFONO FIJO: TÉLEFONO MÓVIL:

EN CASO DE NO POSEER NÚMERO DE CONTÁCTO, INCLUIR EL DE UN FAMILIAR: NOMBRE: NÚMERO:

DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA: NOMBRE DE NEGOCIO PROPIO, SI APLICA

POSICIÓN O CARGO QUE DESEMPEÑA: FECHA DE INGRESO: SALARIO MENSUAL:

SI EL CLIENTE TIENE OTROS INGRESOS, ESPECÍFIQUE:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

TÉLEFONO 1: TÉLEFONO 2: EXTENSIÓN:

ES FIADOR DE BANCO COFINTER: ☐ SÍ ☐ NO ¿DE QUÉ PERSONA?

DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ CARNET DE RESIDENTE ☐ CARNET CIUDADANO NÚMERO:

NOMBRE DE LA EMPRESA: NOMBRE DE NEGOCIO PROPIO, SI APLICA

POSICIÓN O CARGO QUE DESEMPEÑA: FECHA DE INGRESO: SALARIO MENSUAL:

REFERENCIA FAMILIAR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ PARENTESCO: _____			
DIRECCIÓN DOMICILIO: _____			

REFERENCIA PARTICULAR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ PARENTESCO: _____			
DIRECCIÓN DOMICILIO: _____			
LUGAR DE TRABAJO (EN CASO DE LABORAR): _____			

RESOLUCIÓN DEL CRÉDITO (Para Uso exclusivo del Banco)

MONTO APROBADO: _____ TASA DE INTERÉS: _____ FECHA: _____

OBSERVACIONES: _____

COMITÉ DE CRÉDITO (Para Uso exclusivo del Banco)

JEFE DE CRÉDITOS

SUB-GERENTE / JEFE DE OPERACIONES

FIRMA DEL GERENTE

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaración de origen de los fondos: En cumplimiento a las normas legales para la apertura de préstamo y depósito a plazo fijo, declaro ante Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), que los recursos depositados para este fin provienen de origen lícito y nos son producto de actividad (es) ilícita (s).

2. Débito automático: Autorizo a Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), para que debite de mis cuentas o cualquier depósito individual o conjuntamente posea en Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), el valor correspondiente a las cuotas de amortización por concepto de capital, intereses y primas de seguros sobre obligaciones adquiridas así mismo para contratar y/o renovar la póliza sobre seguros de vida, seguros de deuda y sobre garantías reales.

3. Autorización de contacto: Autorizo a Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), a utilizar la información de este formulario para contactarme o enviarme cualquier tipo de información referente a los productos que ofrece por medio de llamada telefónica, correo electrónico o cualquier otro canal de comunicación.

4. Autorización para consulta y reporte a la central de riesgos: Autorizo irrevocablemente a Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), a realizar las consultas sobre mis cuentas tanto activas como pasivas en la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros o cualquier central de riesgos a la que el BANCO tenga acceso. Esta autorización faculta al Banco a registrar mi comportamiento crediticio a dicha central o las que el Banco considere.

5. Declaro que ____ soy una persona estadounidense, en caso de incurrir cambio en mi estatus de residencia o ciudadanía me comprometo a informarlo al banco.

6. El cumplimiento a las políticas establecidas por Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), me comprometo a actualizar anualmente a partir de la fecha la información brindada en este documento y cada vez que surja algún cambio en cualquiera de los datos que he proporcionado.

7. Autorizo a Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), para que pueda compartir la información aquí contenida con el resto de las sociedades mercantiles que forman parte de dicha institución.

8. En caso de que en las cuentas existan firmas mancomunadas o representantes legales, declaro mi consentimiento para que cada una de las personas designadas sea identificada como si se tratara de una cuenta a título personal. Asimismo, manifiesto que estoy en la disposición de proporcionar toda la información y/o documentación que sea solicitada por el BANCO para este fin.

Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud, es verdadera y autorizo a Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), para su comprobación por cualquier medio. Acepto que, de demostrarse falso testimonio o irregularidad en la información aquí presentada, Banco Corporación Financiera Internacional S.A (BANCOFINTER S.A), está facultado para dar por terminada cualquier relación establecida, sin que implique ningún tipo de responsabilidad para el BANCO.

☐ He leído y acepto las declaraciones y autorizaciones.

Firma del solicitante

Firma Aval No.1

Tramitado por

Firma Aval No.2

Principal
Edificio Anexo IPM, 1er nivel., Boulevard
Centroamérica, Tegucigalpa M.D.C., Honduras.

 (504)2232-4186 (504)2232-4278

San Pedro Sula
Colonia Colombia, Avenida, Circunvalación,
Complejo IPM contiguo a La Armería

 (504)2552-1537 (504)2552-1806