

VISA® CARD APPLICATION



P.O. Box 7739 • Newark, DE 19714-7739 • (302) 368-2396 • (877) 368-2396 • cpwrfcu.org

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| | | |
|-------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Nombre | Inicial | Apellido |
| Número de cuenta | Número de Seguro Social | |
| Fecha de nacimiento | Apellido materno | |
| Número telefónico | Número telefónico de trabajo | Ext. |
| Número telefónico móvil | \$ Alquiler mensual / Hipoteca | |
| Dirección | Apto. | Desde |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| Empleador Actual | Fecha de comienzo | |
| Dirección de empleador | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| \$ Ingresos mensuales | <input type="checkbox"/> neto | <input type="checkbox"/> gruesa |
| Puesto | \$ Límite de crédito solicitando | |

INFORMACIÓN DEL INFORMACIÓN IMPORTANTE DE DECLARACIÓN: OTRO SOLICITANTE

| | | |
|-------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Nombre | Inicial | Apellido |
| Número de cuenta | Número de Seguro Social | |
| Fecha de nacimiento | Apellido materno | |
| Número telefónico | Número telefónico de trabajo | Ext. |
| Número telefónico móvil | \$ Alquiler mensual / Hipoteca | |
| Dirección | Apto. | Desde |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| Empleador Actual | Fecha de comienzo | |
| Dirección de empleador | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| \$ Ingresos mensuales | <input type="checkbox"/> neto | <input type="checkbox"/> gruesa |
| Puesto | \$ Límite de crédito solicitando | |

TRANSFERENCIA DE SALDO:

Yo autorizo a Community Powered Federal Credit Union a pagar los saldos de las siguientes cuentas. Yo entiendo que un anticipo en efectivo de la cantidad total de los cheques dados va a ser agregado a mi cuenta nueva de VISA® y el crédito disponible va a estar reducido por esa cantidad.

| | | | |
|---------------------|----------|--------|---------------|
| Nombre de acreedor: | 1 | | |
| Dirección del pago: | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Número de cuenta: | | \$ | Saldo |

| | | | |
|---------------------|----------|--------|---------------|
| Nombre de acreedor: | 2 | | |
| Dirección del pago: | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Número de cuenta: | | \$ | Saldo |

| | | | |
|---------------------|----------|--------|---------------|
| Nombre de acreedor: | 3 | | |
| Dirección del pago: | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Número de cuenta: | | \$ | Saldo |

| | | | |
|---------------------|----------|--------|---------------|
| Nombre de acreedor: | 4 | | |
| Dirección del pago: | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Número de cuenta: | | \$ | Saldo |

Solicitamos un informe de crédito del consumidor asociado con esta solicitud y también con algunas renovaciones, actualizaciones, o extensiones de crédito nuevo como resultado de esta solicitud. Es posible que se requiera información adicional para procesar esta solicitud. El Unión de Crédito cuenta con lo que he declarado en esta solicitud y yo/nosotros reconoce/reconocemos que todo que he/hemos declarado es verdadero y correcto. Yo/nosotros prometo/prometemos que todo los depósitos que tengo/tenemos con el Unión de Crédito ahora y en el futuro para asegurar reembolso al Unión de Crédito de cualquiera cantidad debida según el acuerdo de la tarjeta de crédito de VISA®. Con su firma abajo yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo con las condiciones del acuerdo del titular de tarjeta de crédito.

Firma de solicitante _____ Fecha _____ Firma del co-solicitante _____ Fecha _____

Favor adjunte una copia actual comprobante de pago o las devoluciones de impuesto de los dos últimos años si es autónomo.