

ANEXO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

1. LUGAR:		2. FECHA (dd/mm/aaaa):	
-----------	--	------------------------	--

3. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA

3.1 Razón Social y Nombre Comercial:	INSTITUTO DE FOMENTO DE HIPOTECAS ASEGURADAS		
3.2 Nombre de la central, sucursal o agencia donde se solicita el producto o servicio:	3.2.1 Código de agencia o sucursal:		
INSTITUTO DE FOMENTO DE HIPOTECAS ASEGURADAS			

4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

4.1	Primer apellido:	Segundo apellido:	Apellido de casada:
	Primer nombre:	Segundo nombre:	Otros nombres:

4.2 Razón Social/Nombre Comercial:	
------------------------------------	--

4.3 Dirección particular completa (calle o avenida, número de casa, colonia, sector, lote, manzana, otros):

Zona:	Departamento:	Municipio:	País:
-------	---------------	------------	-------

5.	DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO SOLICITADO ¹
----	---

5.1 Tipo de producto o servicio a solicitar:	5.2 Nombre del producto o servicio:
--	-------------------------------------

5.3 Moneda:	5.4 Cobertura a nivel: (cuando aplique)	5.5 No. de cuenta o de identificación del producto o servicio:
	Local ☐ Internacional ☐	

5.6 Monto inicial a manejar en el producto o servicio ² :	5.7 Monto o ingreso mensual a manejar en el producto o servicio ² :
--	--

5.8 Propósito o destino del producto o servicio solicitado:

5.9 Procedencia de los fondos, valores o bienes para el inicio de relación o solicitud de producto(s) o servicio(s) -(marcar la(s) que aplique(n)-:

Sueldos y Salarios:	☐	Remesas:	☐	Manutención:	☐	Pensiones por Jubilación:	☐	Ahorros personales:	☐
Intereses:	☐	Compraventa Inmuebles:	☐	Compraventa Muebles:	☐	Compraventa de Ganado:	☐	Compraventa Agrícola:	☐
Ventas del Negocio:	☐	Servicios del Negocio:	☐	Arrendamiento Bienes:	☐	Dividendos/Utilidades:	☐	Aporte de Capital:	☐
Préstamo:	☐	Indicar nombre de la entidad que otorgó el préstamo: _____							
Traspaso o cancelación de cuenta/inversión:			☐	Indicar nombre de la entidad: _____					
Otra (especifique) : _____									

5.10 Realizará transferencias o traslado de fondos, valores o bienes: (Si la respuesta es positiva, pasar al numeral 5.10.1)		SI ☐	NO ☐
--	--	-----------------------------	-----------------------------

5.10.1 Las transferencias o traslado de fondos, valores o bienes se realizaran a nivel: Local ☐ Internacional ☐

5.11	Tendrá otros firmantes (aplica también a tarjetahabientes adicionales) -Si la respuesta es positiva, indicar la información según Anexo A.II-	SI ☐	NO ☐
------	---	-----------------------------	-----------------------------

^{1/} En caso de existir más de un producto o servicio, consignar los datos para cada uno de ellos, utilizando el presente Anexo.

^{2/} El monto inicial y mensual a manejar con el producto o servicio debe estar acorde con los ingresos mensuales aproximados del solicitante provenientes de las fuentes de ingresos declaradas.

6. COMENTARIOS, OBSERVACIONES O CAMPOS ADICIONALES DE LA PERSONA OBLIGADA

Firma del solicitante o del representante legal de la entidad solicitante

Firma y código de quien autoriza la operación

Hoja 1 de 1