

Sírvase llenar la siguiente planilla de Solicitud de Afiliación en letra de imprenta, legible y clara, para una mayor y mejor comprensión de la información suministrada.

1- Datos Generales de la Empresa				
Denominación Comercial / Razón Social:			R.I.F.:	
Actividad Comercial:				
Tipo de Dirección:	Entidad:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Domiciliaria				
Urb./Sector / Barrio:	Zona Postal:	Av./Calle/Esq.:		
Res./Qta./Edf./N°casa./Torre/Ctro.Com.:	Piso/Nivel:	Apto./Local/Ofc.:	Punto de Referencia:	
Teléfonos: (Cód.pais+cód.de área+Nro. Telefónico)			Fax: (Cód.pais+cód.de área+Nro. Telefónico)	
Dirección Electrónica de Correo de la Empresa (e-mail):				
2- Representante Legal de la Empresa				
Apellidos:			Nombres:	
Cargo que ocupa en la Empresa:			Teléfono: (Cód.pais+cód.de área+Nro. Telefónico)	
Fecha de Nacimiento:		Documento de Identidad:		Número del Documento de Identidad:
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático		Estado civil:
				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
				<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Sexo:	Dirección Electrónica de Correo (e-mail):			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Fax: (Cód.pais+cód.de área+Nro. Telefónico)				
Tipo de Dirección:	Entidad:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Correspondencia				
Urb./Sector / Barrio:	Zona Postal:	Av./Calle/Esq.:		
Res./Qta./Edf./N°casa./Torre/Ctro.Com.:	Piso/Nivel:	Apto./Local/Ofc.:	Punto de Referencia:	
3- Condiciones de Autorización para Transferencias y Movilización de Fondos en Genera				
Las condiciones de autorización para transferencias y movilización de fondos en general, determinan las variables que califican a las personas autorizadas para el manejo de los fondos de la empresa en función de: a) Número de personas que realizan la transacción, b) Grado de responsabilidad o nivel que tiene en la Empresa, c) Límite del monto para realizar la transacción, d) Tiempo de autorización.				
Niveles de Autorización: Esta alternativa es opcional. Determina grados o niveles de jerarquía de las personas autorizadas para realizar transacciones. Se define "A" como el mayor nivel jerárquico y "B" como el menor siguiente. Indique el número de personas autorizadas en cada caso.				
Niveles de Autorización:		Monto Mínimo:	Monto Máximo:	Vigencia del Esquema de Autorización
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B			<input type="checkbox"/> Indefinida <input type="checkbox"/> Temporal
				Desde: _____
				Hasta: _____
Condiciones				
Yo, en mi carácter de solicitante del presente documento, declaro que me adhiero a las condiciones establecidas en el mismo y que será de mi entera responsabilidad notificar al BCB, toda aquella inclusión, modificación o eliminación de datos, a fines de mantener, los registros pertenecientes a sus archivos, vigentes. Así mismo queda entendido, que por medio del presente documento, autorizo al BCB, que envíe a mi correo electrónico información relacionada con los productos y/o servicios de la institución				
Lugar	Fecha	Firma del Solicitante		
Para ser llenado por el personal de Bancaribe Curacao Bank, N.V.				
Fecha Recepción Solicitud:	Verificado por:	Código CIF:	Fecha de Ingreso en Banca Virtual:	

Se sugiere ver "Guía para llenar la solicitud de afiliación de BCB @n line incluida en esta plantilla"

4- Datos de los Autorizados de la Empresa			
Apellidos:		Nombres:	
Carga que ocupa en la Empresa:		Nivel de Autorización: (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Código de Perfil: (ver cuadro anexo)
Medio de Envío de Notificaciones o Información (Dirección Electrónica de Correo (e-mail) / Beeper / Fax)			
Cuentas Asociadas	Cobro de Comisiones	Cuentas Asociadas	Cobro de Comisiones
4- Datos de los Autorizados de la Empresa			
Apellidos:		Nombres:	
Carga que ocupa en la Empresa:		Nivel de Autorización: (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Código de Perfil: (ver cuadro anexo)
Medio de Envío de Notificaciones o Información (Dirección Electrónica de Correo (e-mail) / Beeper / Fax)			
Cuentas Asociadas	Cobro de Comisiones	Cuentas Asociadas	Cobro de Comisiones
4- Datos de los Autorizados de la Empresa			
Apellidos:		Nombres:	
Carga que ocupa en la Empresa:		Nivel de Autorización: (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Código de Perfil: (ver cuadro anexo)
Medio de Envío de Notificaciones o Información (Dirección Electrónica de Correo (e-mail) / Beeper / Fax)			
Cuentas Asociadas	Cobro de Comisiones	Cuentas Asociadas	Cobro de Comisiones
4- Datos de los Autorizados de la Empresa			
Apellidos:		Nombres:	
Carga que ocupa en la Empresa:		Nivel de Autorización: (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Código de Perfil: (ver cuadro anexo)
Medio de Envío de Notificaciones o Información (Dirección Electrónica de Correo (e-mail) / Beeper / Fax)			
Cuentas Asociadas	Cobro de Comisiones	Cuentas Asociadas	Cobro de Comisiones