

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.

| Datos Personales (Titular de la cuenta) | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Apellidos: | | Nombres: | | |
| Fecha de Nacimiento: | | Documento de Identidad: | Número del Documento de Identidad: | Estado civil: |
| <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado |
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático | | <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo |
| Sexo: | Dirección Electrónica de Correo (e-mail): | | Teléfono de Habitación: | |
| <input type="checkbox"/> F | | | (Código de país + código de área + Número Telefónico) | |
| <input type="checkbox"/> M | | | | |
| Teléfonos de Oficina: | | Teléfono Celular: | | |
| (Código de país + código de área + Número Telefónico) | | (Código de país + código de área + Número Telefónico) | | |
| 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: | |
| | | | | |

| Tipo de Solicitud | | |
|---|--|---|
| Canal Call Center | | |
| <input type="checkbox"/> Incorporación de Usuario | <input type="checkbox"/> Modificación de acceso (Usuario ya existente) | <input type="checkbox"/> Eliminación de Usuario |
| Canal Internet Banking | | |
| <input type="checkbox"/> Incorporación de Usuario | <input type="checkbox"/> Modificación de acceso (Usuario ya existente) | <input type="checkbox"/> Eliminación de Usuario |
| Ambos Canales (Call Center / Internet Banking) | | |
| <input type="checkbox"/> Incorporación de Usuario | <input type="checkbox"/> Modificación de acceso (Usuario ya existente) | <input type="checkbox"/> Eliminación de Usuario |

Condiciones

“Yo, actuando con el respectivo carácter que aparece indicado debajo de la firma y del Número de Documento de Identidad plasmados en ésta Solicitud de Afiliación, me adhiero a las condiciones del Contrato de éste servicio. Asimismo, es de mi entera responsabilidad notificar al **Bancaribe Curaçao Bank, N.V.**, toda inclusión, modificación o eliminación de datos, ya que esta Institución mantendrá los registros vigentes en sus archivos hasta que se haga efectiva dicha participación.

Queda expresamente entendido que la solicitud de afiliación a Bancaribe Curacao Bank Banca On Line efectuada por usted, constituye una autorización al **Bancaribe Curaçao Bank N.V.**, para enviar a su correo electrónico, información relacionada con los productos y/o servicios de la Institución.

| | | | |
|-------|-------|---|-----------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Lugar | Fecha | N° de Documento de Identificación del Solicitante | 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: |
| | | | |

Esta solicitud debe ser llenada por cada uno de los titulares de las cuentas que deseen afiliarse al sistema Bancaribe Curaçao Bank Banca On Line, entendiéndose que, aquellos clientes poseedores de cuentas con condiciones de firmas indistintas o conjuntas, deberán proveer no sólo cada uno la planilla de Solicitud de Afiliación.