



Financiera Insular S.A.

French Harbour, Roatán, Honduras, www.finisa.com, Cell. (504)8776-7261 Cell. (504)3382-0952

Orgullosamente Isleña

Solicitud de Préstamo Personal

Para Uso Exclusivo de FINANSA

Fecha: _____

SOLICITAMOS LA CANTIDAD DE:

Aun plazo de:

Tasa de Interés

TIPO DE PRESTAMO

FIDUCIARIO

PRENDARIO

DETALLE DE DESTINO DEL PRESTAMO

MICROCREDITO

COMERCIO

CONSUMO

INDUSTRIA

PESCA

TRANSPORTE

Uso Comercial

Uso Personal

SERVICIO

VIVIENDA

Rural

Urbana

Código _____

Fuente principal de Ingreso

Salario

Negocios

Otros ingreso

Nombres y Apellidos:		Edad: _____	Cel: _____	Tel: _____	Soltero <input type="checkbox"/>
		Nacionalidad: _____		Sexo M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Dirección de Residencia:		Correo Electrónico: _____			
Nombre y Apellidos de Cónyuge:			Edad: _____	Cel: _____	
Nombre del Patrono O Negocio Propio:	Giro del Negocio: _____		Antigüedad: _____	No. Empleados: _____	
	Dirección: _____		Tel: _____		
Posición o Cargo:	Profesión:	Tiempo de Servicio:		Mensual L.	
Lugar Donde Trabajo el Cónyuge	Posición o Cargo	Tiempo de Servicio:		Mensual L.	
Dirección Donde Trabaja el Cónyuge:		Otros ingresos del Cónyuge L.			
Otros Ingresos DEL SOLICITANTE L. DETALLE DE LA PROCEDENCIA					
Número de Personas Que dependen de UD. (ES)		Es Fiador de otras Personas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Por Cuanto L.	
Tiene Familiares que Trabaje en ELDON'S S. De R.L. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Parentesco		Nombre del Familiar:	
Tiene Automóvil? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Marca	Año	Comprado A:	Valor Actual:	
Tiene Casa Propiedad La Están Pagando a Plazo Alquila	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono:	Cuanto Tiempo Tiene de vivir ahí Años: _____ Meses: _____
Detalles de Propiedades:		Valor de La propiedad L. Hipotecado por: A Favor De: Registro N°			
Depósito a plazo Lps:					
Tiene usted cuentas Bancarias? A Nombre de:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Con que Banco:		
Cuenta de Ahorro	No	saldo L.	Promedio Mensual L.		
Cuenta de Cheque	No	saldo L.	Promedio Mensual L.		
Tiene Solicitudes de prestamos pendiente con otros Banco o financieras?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Con que Banco?		
Ha tenido préstamo con nosotros anteriormente?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Tiene Saldo pendiente con algún banco? SALDO L.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Con que Banco? ABONO Mensual?		

Descripción de Flujo de Caja			Declaración de Gasto		
Salario	Descripción	Flujo de Caja	Tipo de Gasto	Descripción	Gasto
			Gasto de Alquiler	Luz	
			Gasto servicios	Agua	
				Teléfono	
				Cable	
			Gasto de Educación	Escuela	
				Colegio	
				Universidad	
			Gasto de Alimentación		
			Gasto de Vestuario		
Otros			Pagos de Cuotas	Comercio	
				Bancos	
				Otros	
Total Ingresos			TOTAL EGRESO		
			DISPONIBILIDAD		

Hoja de Balance					
Activos			Dudas		
Ahorros	Efectivo			Comercial	
	Banco			Bancos	
Bienes	Automóvil			Otros	
	Casa		Pasivos del Negocio	Proveedores	
	Terreno			Instalaciones	
	Menaje de Casa			otros	
Negocios	Instalación		Total Pasivo		
	Inventario		CAPITAL		
	Total de Activo		Pasivo + Capital		

REFERENCIAS DE CREDITO

(DETALLE EN LAS LINEAS SIGUIENTE LOS NOMBRE DE LAS CASAS COMERCIALES CON QUE TIENE O HA TENIDO CREDITO?)

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONOS

INFORMACION PARA SEGURO DE VIDA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:		PRACTICA ALGUN DEPORTE:	
ESTATURA:	PESO:	HA SIDO TRATADO POR ALGUN MEDICAMENTO EN LOS ULTIMOS AÑOS?	
POR QUE CAUSA?			
HA SIDO OPERADO?	CUANDO?	POR QUE CAUSA?	
HA PADESIDO DEL CORAZON, O DIABETES, TUBERCULOSIS, CANCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE?			
Beneficiados	Parentesco y Dirección	Porcentaje	

Declaro que la información y la documentación proporcionada son veraz y Autorizo a la Financiera Insular S.A. (FINISA) para verifique la información y documentación proporcionada y el historial crediticio en la central de riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros o cualquier otra empresa que brinde este servicio; Doy por enterado que la omisión o falsedad de los mismo Causaría la Cancelación automática de este tramite. Así como Autorizo a Financiera Insular S.A. a realizar la renovación de la Póliza de seguro de vida o incendio pactado mediante crédito según vencimientos afectando mi saldo de préstamos cubriendo hasta cancelación del mismo.

IDENTIDAD _____ RTN _____ FIRMA DEL PRESTATARIO _____

NOMBRES QUE SE OFRECEN COMO FIADORES SOLIDARIOS

NOMBRE APELLIDO: _____	EDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____ N° ID: _____	TEL: _____
NOMBRE DEL CONYUGE: _____	
DIRECCION DE RESIDENCIA: _____	
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO: _____	TEL: _____
POSICIÓN Y CARGO _____ PROFESIÓN _____	TIEMPO DE SERVICIO: _____ SUELDO MENSUAL: L. _____
NOMBRE Y DIRECCION DEL NEGOCIO PROPIO: _____	
TIENE CUENTAS BANCARIAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON QUE BANCO? _____	
CUENTAS DE CHEQUES N° _____ CUENTAS DE AHORROS N° _____ SALDOS L. _____	
HA TENIDO PRESTAMOS CON NOSOTROS ANTERIORMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HA SIDO FIADORDE OTRAS PERSONAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Declaro que la información proporcionada y la documentación es veraz, la que servirá para la aprobación del crédito otorgado al Sr. (a) _____ del cual firmo como aval solidario.	

Tipo de Gasto	Descripción	Gasto
Gasto de Alquiler		
Gasto servicios	Luz	
	Agua	
	Teléfono	
	Cable	
Gasto de Educación	Escuela	
	Colegio	
	Universidad	
Gasto de Alimentación		
Gasto de Vestuario		
Pagos de Cuotas	Comercio	
	Bancos	
	Otros	
TOTAL EGRESO		

NOMBRE APELLIDO: _____	EDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____ N° ID: _____	TEL: _____
NOMBRE DEL CONYUGE: _____	
DIRECCION DE RESIDENCIA: _____	
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO: _____	TEL: _____
POSICIÓN Y CARGO _____ PROFESIÓN _____	TIEMPO DE SERVICIO: _____ SUELDO MENSUAL: L. _____
NOMBRE Y DIRECCION DEL NEGOCIO PROPIO: _____	
TIENE CUENTAS BANCARIAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON QUE BANCO? _____	
CUENTAS DE CHEQUES N° _____ CUENTAS DE AHORROS N° _____ SALDOS L. _____	
HA TENIDO PRESTAMOS CON NOSOTROS ANTERIORMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HA SIDO FIADORDE OTRAS PERSONAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Declaro que la información proporcionada y la documentación es veraz, la que servirá para la aprobación del crédito otorgado al Sr. (a) _____ del cual firmo como aval solidario.	

Tipo de Gasto	Descripción	Gasto
Gasto de Alquiler		
Gasto servicios	Luz	
	Agua	
	Teléfono	
	Cable	
Gasto de Educación	Escuela	
	Colegio	
	Universidad	
Gasto de Alimentación		
Gasto de Vestuario		
Pagos de Cuotas	Comercio	
	Bancos	
	Otros	
TOTAL EGRESO		

Autorizo a la Financiera Insular S.A. (FINISA) para verifique la información y documentación proporcionada y el historial crediticio en la central de riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros o cualquier otra empresa que brinde este servicio.

FIRMA Y CONFORMIDAD DEL FIADOR SOLIDARIO

IDENTIDAD N° _____

R.T.N. _____

OBSERVACIONES PARA USO DE FINISA (RECOMENDACIONES DE CREDITO)

AUTORIZADO POR: _____

FIRMA _____

FIRMA Y CONFORMIDAD DEL FIADOR SOLIDARIO

IDENTIDAD N° _____

R.T.N. _____

RESOLUCION
DENEGADO POR: _____

FECHA _____