

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE COMERCIOS AL SERVICIO DE ADQUIRENCIA

Fecha: _____

Información de la Empresa o Comercio (PERFIL DEL CLIENTE)

Número de RUC o Licencia Comercial o Patente		Tipo (C,F,J)	Fecha de Inicio de Operación:	
Nombre Legal o Razón Social del Comercio			Nombre Comercial	
Dirección			Sitio Web	
Cantidad de sucursales bajo esta razón social			Sucursal del Comercio a afiliar	
Provincia	Distrito	Corregimiento		Habitantes o clientela potencial:
Tipo de comercio o actividad comercial				Código de Categoría de Comercio (MCC):
Tipo de Local Comercial		<input type="checkbox"/> Propio	<input type="checkbox"/> Rentado	Renta mensual: B/. _____
Nombre de propietario:				
Horario				
Lunes a Viernes: De _____ a _____		Sábado: De _____ a _____		Domingo: De _____ a _____
Tiene Cuenta Bancaria en Caja de Ahorros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sucursal actual o sucursal de preferencia en caso que no tenga cuenta bancaria		

Información del Contacto

Nombre del Contacto		Cédula	Posición	
Teléfono	Celular	Fax	Apartado Postal	
Correo Electrónico				

Propietario / Información Oficial

Propietario/Oficial No. 1	Cargo	% Dueño	Cédula	Teléfono Residencial / Celular
Dirección Residencial (Número y calle)	Ciudad		Corregimiento	Apartado Postal
Propietario/Oficial No. 2	Cargo	% Dueño	Cédula	Teléfono Residencial / Celular
Dirección Residencial (Número y Calle)	Ciudad		Corregimiento	Apartado Postal
Propietario/Oficial No. 3	Cargo	% Dueño	Cédula	Teléfono Residencial / Celular
Dirección Residencial (Número y Calle)	Ciudad		Corregimiento	Apartado Postal
Propietario/Oficial No. 4	Cargo	% Dueño	Cédula	Teléfono Residencial / Celular
Dirección Residencial (Número y Calle)	Ciudad		Corregimiento	Apartado Postal

PARA USO DE ÁREA DEL BANCO - ADMINISTRACIÓN DE RIESGO Y FRAUDE – VERIFICACIÓN DEL MATCH

Comercio de Alto Riesgo según MATCH:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Búsqueda en el MATCH: coincidencias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de haber coincidencias, detalle las mismas y el motivo de inclusión en el MATCH			
Por Administración de Riesgo y Fraude:	Fecha:	Número de empleado:	

Información de Referencia de Cuenta Bancaria			
Banco	Tipo de Cuenta/Número del propietario	Sucursal	Teléfono
Información de Referencia Comercial			
Nombre de la Referencia Comercial	Contacto	Teléfono	
Información de Referidos			
Nombre de la Empresa	Contacto	Teléfono	
Información de Referencia Personal			
Nombre	Dirección	Tel. Oficina	Tel. Residencia
Historial como Comercio (PERFIL FINANCIERO)			
Comercio Adquirente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Banco:	Fecha de Inicio:	
Esta vigente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de terminación:	
% de devoluciones(mensual):		% de reclamos(mensual):	
Volumen Mensual de Ventas B/.	Promedio de venta B/.	Meses de mayor volumen:	
<input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/> Actual	Venta Estacional: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Recibe transacciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dado que este comercio acepta pagos con tarjetas electrónicas, confirme si este comercio o algún comercio de sus propietarios le ha sido alguna vez cancelado el servicio de adquirencia de este u otro local comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
A través de:	En caso afirmativo explique:		
<input type="checkbox"/> Internet			
<input type="checkbox"/> GPRS			
<input type="checkbox"/> Wireless			
El comercio ha sido cesado, suspendido o intervenido por alguna institución gubernamental (MINSA, MITRADEL, MICI u otro)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explique.	

1. El Comercio Afiliado declara que toda la información y documentos que él ha suministrado a la Caja de Ahorros para tramitar la presente solicitud son fieles, ciertos y veraces. Así mismo, el Comercio Afiliado autoriza suficientemente a la Caja de Ahorros para que, en cualquier momento:

- Suministre, solicite y/o verifique cualquier información que se requiera con ocasión de la presente solicitud.
- Debite las cantidades necesarias para el pago de cualesquiera obligaciones derivadas de la prestación del referido servicio, de cualquier cuenta de depósito que el Comercio Afiliado mantenga o llegare a mantener en esta institución financiera.

2. El comercio Afiliado declara que autoriza a LA CAJA DE AHORROS a solicitar directamente a su empresa, carta de referencia comercial y que la misma sea suministrada a LA CAJA DE AHORROS:

- Solicite, conozca, suministre, intercambie, recopile y transmita información relacionada con nuestro negocio, a cualesquiera empresa. La referida autorización se mantendrá vigente para que se ejerza tantas veces como sea necesario, durante todo el tiempo que nuestro comercio mantenga cualquier tipo de relación con la Caja de Ahorros.

3. El comercio Afiliado autoriza expresamente a la Caja de Ahorros para que pueda:

- Suministrar y/o actualizar cuando lo estime conveniente, nuestras referencias de crédito en Asociación Panameña de Crédito (APC), como en cualquier otra agencia de información que en el futuro se cree o agentes económicos, en los términos que lo define la Ley No. 24 de 22 de mayo de 2002 y la Ley No. 14 de 18 de mayo de 2006, que modifica y adiciona artículos a la Ley 24 antes mencionada, informaciones relacionadas con obligaciones, operaciones o transacciones comerciales, económicas, financieras, bancarias o de cualquier otra naturaleza análoga, que mantuve o pudiera mantener con dichos agentes económicos, así como también para que registre, actualice y recopile información de crédito que mantengo o pudiera mantener con ustedes, ya sea que aparezca a título personal y/o a nombre de la empresa a la cual represento.
 - ☞ En caso de ser una Sociedad Anónima o una Entidad Gubernamental, se autoriza a Caja de Ahorros a revisar en la APC las referencias de crédito de los miembros de la Sociedad o los firmantes de la Entidad Gubernamental.
- Estamos anuente que la Caja de Ahorros mantendrá a nuestra disposición y hará entrega a requerimiento de toda la información recibida sobre la base de la actualización emitida en el presente documento.

Manifiesto expresamente que exoneró y/o libero a LA CAJA DE AHORROS, de cualquier consecuencia o responsabilidad resultante del ejercicio que haga del derecho a solicitar o suministrar información de conformidad con los puntos mencionados.

POR EL COMERCIO:

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Fecha: _____

Sección de Inspección Física de Comercio (VISITA DOMICILIARIA)					
Tipo de Localidad	<input type="checkbox"/> Venta por menor	<input type="checkbox"/> Oficina de Servicio	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Otra
Metros Cuadrados	<input type="checkbox"/> 0-250	<input type="checkbox"/> 251-500	<input type="checkbox"/> 501-2000	<input type="checkbox"/> Más de 2000	
El comercio y las facilidades son adecuadas para desarrollar el servicio?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Existe cable telefónico y tomacorriente cerca a la caja para conectar la terminal POS?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio muestra un inventario suficiente para su actividad comercial?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio está abierto y operando? Si la respuesta es negativa, cuándo iniciará operaciones? Fecha de Inicio de Operaciones: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El nombre del comercio es consistente con los letreros visibles?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los productos o servicios del comercio son entregados al tiempo de venta? Si la respuesta es negativa, en cuánto tiempo se entregan los productos o servicios al cliente final?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los productos tienen garantía? <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio recibe pagos por anticipado (abonos)? En caso afirmativo, indique el monto promedio de los abonos? B/. _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio tiene avisos o publicidad visible de las marcas VISA, Mastercard o Clave?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es positiva, el comercio ha sido instruido en relación a la correcta ubicación de estos avisos?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene una política escrita sobre devoluciones de compra con tarjetas de crédito? En caso afirmativo indique: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Nota de Crédito <input type="checkbox"/> Crédito a Tarjeta <input type="checkbox"/> Otra					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio conoce el manejo de los vouchers o slip de las transacciones que imprime la terminal punto de venta?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio conoce el tiempo de custodia?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio tiene conocimiento de medidas para prevenir el fraude en transacciones con tarjetas de crédito/débito/prepago?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se incluyen fotografías del comercio			Observaciones:		
<input type="checkbox"/> Hacia el frente del comercio (referencia)			<input type="checkbox"/> De fachada frontal		
<input type="checkbox"/> Del área interna y caja			<input type="checkbox"/> Inventario y Depósito		

Con la firma a continuación, confirmo que he realizado la inspección física del comercio y que la información suministrada es correcta y que ha sido preparada y entregada por el Comercio.

Nombre y Número de Empleado

Firma Ejecutivo de Adquierecia

Fecha

INFORMACIÓN DE APROBACIÓN

Nombre Legal o Razón Social del Comercio		Número de Cliente IBS:
<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado	Comentario	
FIRMAS		
Oficial de Adquirencia	Gerente de Tarjetas/Adquirencia	Gerente Directivo de Canales Alternos y Tarjetas
Fecha:	Fecha:	Fecha:

PARÁMETROS ASIGNADOS AL COMERCIO - ADQUIRENTE

Número de Comercio Adquirente ATH			
Número de Terminal Adquirente TELERED			
Número de Cuenta Acreditación de Venta y cobro de comisiones:			
Tipo de Comercio y Comisión para Adquirencia Clave: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comercios Estándar (2%) <input type="checkbox"/> Tiendas de Conveniencia / Comida Rápida (2%) <input type="checkbox"/> Supermercados / Farmacias (1%) <input type="checkbox"/> Gasolineras (1%) 			
Comisión para Adquirencia VISA y Mastercard:	Tarjetas Propias (Caja de Ahorros) (%):		
	Tarjetas Propias (Comisión para Punto) (%):		
	Tarjetas de otros Bancos (%):		
Alquiler de la Terminal Dial/IP: B/.	Comisión por Contracargo:		Cargos
			B/.25.00
Alquiler de la Terminal GPRS: B/.	Facturación Mínima Requerida:	Panamá: B/.2500.00	B/.25.00
Solicitud de Copia para VISA y Mastercard		Interior: B/.2000.00	B/.20.00
	B/.2.00		

Terminal de Comunicación

Equipo	Tipo	Cantidad	Tipo de Programación
POS	<input type="checkbox"/> Dial Up /IP Ethernet (Ingenico)		<input type="checkbox"/> Retail <input type="checkbox"/> Abonos <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Propina <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Impuesto
	<input type="checkbox"/> GPRS (Ingenico)		<input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> Cargos automáticos <input type="checkbox"/> Extrafinanciamiento <input type="checkbox"/> Premiación <input type="checkbox"/> Factura <input type="checkbox"/> Devolución <input type="checkbox"/> Crédito