



SOLICITUD DE CRÉDITO

INSTRUCCIONES: El trámite de esta solicitud es gratuito. Complete la información solicitada con tinta azul o negra de manera correcta, sin abreviaturas, con letra de molde sin tachaduras. No olvide firmar la solicitud en todos los espacios requeridos.

Fecha dd/mm/aa: ____/____/____

Lugar: _____

PRODUCTO

Contrato Multiple: 3601-999-038971/02-00550-0224 ☐

PYMEfectivo Crédito Simple: 3601-439-030983/04-00546-0224 ☐

INFORMACIÓN CRÉDITO

Formal ☐ Autoempleo ☐ Destino el crédito: Inversión y capital de trabajo

Monto solicitado: \$ _____ Plazo: _____ Perioridad de pago: _____ Días de pago: _____ Coacreditado: Si ☐ No ☐ Aval: Si ☐ No ☐

Domiciliación de pago: Si ☐ No ☐ No. de Cuenta: _____ Banco: _____ Clabe interbancaria: _____

Medio de disposición: Transferencia No. de Cuenta: _____ Banco: _____ Clabe interbancaria: _____ Orden de Pago ☐ Cheque ☐ Efectivo ☐

Si el Cliente elige transferencia como medio de disposición; a través de la presente solicitud el Cliente instruye expresamente a Apoyo Económico Familiar, S.A.B. de C.V., SOFOM, E.N.R., para que la disposición del crédito sea depositada en cualquiera de las cuentas aquí señaladas en la presente solicitud, Asimismo, el Cliente acepta que el o los comprobantes de las transferencias que efectúe Apoyo Económico Familiar, S.A.B. de C.V., SOFOM, E.N.R., a las cuentas aquí señaladas serán prueba irrefutable de la disposición del Crédito.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres(s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

RFC con homoclave: _____ CURP: I _____ I Firma Electrónica (FIEL): _____

Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa ____/____/____ Entidad federativa de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____

Nacionalidad: Mexicana ☐ Otra: _____ Género: F ☐ M ☐ No. de Dependientes Económicos: _____

Estado Civil: Casado (a) ☐ Soltero (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Unión libre ☐ Viudo (a) ☐ Separado (a) ☐ Correo electrónico: _____

Teléfono particular (Incluir lada): _____ Teléfono celular: _____ Compañía telefónica: _____ Horario para localizarlo: _____

Domicilio particular: Calle / Avenida: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____ Colonia: _____

C.P.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Alcaldía/Municipio: _____ Entre Calles: _____

País: México Antigüedad en el domicilio: Años: _____ Meses: _____ Tipo de vivienda: Propia: ☐ Rentada: ☐ Familiar: ☐ Hipotecada: ☐ Huésped: ☐ Otros: _____

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y MONITOREO DE INFORMACIÓN CREDITICIA (BURÓ DE CRÉDITO)

Por este conducto autorizo expresamente a Apoyo Económico Familiar, S.A.B de C.V. SOFOM, E.N.R., para que por conducto de sus funcionarios, lleve a cabo investigaciones sobre mi comportamiento crediticio y obtenga valoraciones numéricas en las Sociedades de Información Crediticia que estime conveniente. Así mismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de las Sociedades de Información Crediticia y de la información contenida en los Reportes de Crédito y Reportes de Crédito Especial, así también conozco la naturaleza y alcance de la información que solicitará Apoyo Económico Familiar, S.A.B de C.V. SOFOM, E.N.R., y el uso que hará de tal información y de que Apoyo Económico Familiar, S.A.B de C.V. SOFOM, E.N.R., podrá realizar consultas periódicas de mi historial crediticio, consintiendo que esta autorización se encuentra vigente por un período de 3 años contados a partir de las fechas de autorización y/o durante el tiempo que mantengamos relación jurídica. **Estoy consciente y acepto que este documento quede bajo custodia de Apoyo Económico Familiar, S.A.B de C.V. SOFOM, E.N.R., para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia.**

Fecha de consulta: _____ Folio de consulta: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

DATOS DEL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE

Nombres(s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Teléfono celular: _____

INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE

Empleado (asalariado): ☐ Pensionado: ☐ Micronegocio (independiente): ☐ Ocupación: _____

Razón Social, Nombre de Empresa, Negocio ó Patrón: _____ Giro de la empresa/ Negocio: _____

Domicilio particular: Calle / Avenida: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____ Colonia: _____

C.P.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Alcaldía/Municipio: _____ Entre Calles: _____

Antigüedad en el domicilio: Años: _____ Meses: _____ Fecha de ingreso/ Inicio de Negocio: ____/____/____ Teléfono (Incluir lada): _____

Extensión: _____ Horario de Trabajo: _____ Sueldo fijo o base mensual: \$ _____ Forma de Pago: Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro _____

Nombre de jefe Inmediato: _____ Teléfono celular: _____ Puesto Jefe: _____ Monto de otros ingresos: _____

Monto de pagos/Gastos realizados al mes: \$ _____

LLENAR SOLO EN CASO DE SER EMPLEADO (ASALARIADO)

Puesto: _____ Cotiza para: IMSS ☐ ISSSTE ☐ PEMEX ☐ Otro: _____ No. de Seguridad Social: _____

LLENAR SOLO PARA MICRONEGOCIO (INDEPENDIENTE)

Tipo de establecimiento:

☐ Local

☐ Puesto

☐ Otro:

El negocio se encuentra en:

☐ Local

☐ Vía Pública

☐ Mdo/Tianguis

☐ Cambaceo

☐ Oficios

☐ Domicilio particular

El lugar es:

☐ Propio

☐ Rentado

☐ Prestado

☐ Otro:

Qué actividad realiza

Días de trabajo:

☐ L☐ M☐ MC☐ J☐ V☐ S☐ D

Ingreso mensual neto (disminuyendo gastos y compra de mercancía): \$

REFERENCIAS FAMILIARES DEL SOLICITANTE (DOMICILIO DISTINTO)

Ref 1. Nombres(s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Teléfono particular (Incluir lada):

☐ Casa☐ Móvil

Parentesco:

Ref 2. Nombres(s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Teléfono particular (Incluir lada):

☐ Casa☐ Móvil

Parentesco:

REFERENCIAS PERSONALES DEL SOLICITANTE (DOMICILIO DISTINTO)

Ref 1. Nombres(s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Teléfono particular (Incluir lada):

☐ Casa☐ Móvil

Parentesco:

Ref 2. Nombres(s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Teléfono particular (Incluir lada):

☐ Casa☐ Móvil

Parentesco:

CONTRATACIÓN DE SEGUROS Y SERVICIOS

¿Deseas contratar alguno de los siguientes seguros y/o servicios?

Seguro de vida e invalidez total y permanente

☐ Si☐ No

Seguro de desempleo o invalidez total temporal

☐ Si☐ No

Servicio de Apoyo Funerario

☐ Si☐ No

Plan de Protección Integral

☐ Si☐ No

Diabetes

☐ Si☐ No

Seguro de Protección Celular

☐ Si☐ No

Marca:

Modelo:

IMEI:

En caso afirmativo complete los siguientes datos:

Nombre completo del beneficiarios:

Parentesco - Relación:

Porcentaje:

CONFIRMACIONES

a) ¿Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional, como son, entre otros, jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos?

☐ Si☐ No

a) ¿Usted es cónyuge o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con personas que caen en el supuesto de la pregunta anterior?

☐ Si☐ No

DECLARACIONES

a) Manifiesto expresamente que con anterioridad al llenado de la presente solicitud y con anterioridad a que Apoyo Económico Familiar, S.A.B. de C.V., SOFOM, E.N.R. solicitará cualquiera de mis datos personales asentados en la presente solicitud; Apoyo Económico Familiar, S.A.B. de C.V., SOFOM, E.N.R. me explicó el trámite que le dará a mis personales mediante la entrega de un Aviso de Privacidad, en términos de la Ley Federal del Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Asimismo, Apoyo Económico Familiar, S.A.B de C.V., SOFOM, E.N.R. Me dio a conocer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación, limitación en el uso y/o divulgación con los que cuento y la forma de cómo los puedo hacer valer.

b) Declaro que los datos asentados en esta solicitud son correctos y me obligo a notificar inmediatamente a Apoyo Económico Familiar, S.A.B. de C.V., SOFOM, E.N.R., sobre cualquier cambio en la información asentada en esta solicitud.

c) Manifiesto que es de mi conocimiento de Apoyo Económico Familiar, S.A.B de C.V., SOFOM, E.N.R. se reserva el derecho de declinar esta solicitud.

d) Declaro expresamente que para efectos del crédito que solicito, actúo a nombre y por cuenta propia.

e) Hago constar expresamente que Apoyo Económico Familiar, S.A.B de C.V., SOFOM, E.N.R. hizo de mi conocimiento el clausulado del contrato cuyos datos de la inscripción en el RECA de la CONDUSEF obran asentados en la presente solicitud de crédito, Asimismo, manifiesto expresamente que se hizo de mi conocimiento y estoy conforme en que podré consultar el contrato que formalizo mediante la solicitud de crédito en las sucursales y página de internet de Apoyo Económico Familiar, S.A.B de C.V., SOFOM, E.N.R.

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

PUBLICIDAD.- El Acreditado autoriza expresamente a la Financiera para contactarlo directamente o por vía telefónica, en un horario de las 9:00 a las 19:00 horas, para envío y ofertas de publicidad relativa a productos o servicios que la Financiera ofrece al público en general.

☐ Si☐ No

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USO DE APOYO ECONÓMICO

Nombre del promotor/vendedor:

No. De Promotor o vendedor:

Oficina o sucursal de disposición:

Promoción:

☐ Si☐ No

Describe:

¿Cómo se enteró el cliente de nosotros?:

☐ TV☐ Radio☐ Internet☐ Volante☐ Revista/Periódico☐ Espectacular☐ Ejecutivo en calle☐ Referico☐ Mensaje celular☐ Correo electrónico

Clave: AEF-DEC-FO-22

Fecha de aplicación: 15/03/2024

Versión: 09

7 505684 512120 >

NOMBRE Y FIRMA DEL PROMOTOR/VENDEDOR