



Financiera Fortaleza

FINANCIERA FORTALEZA  
Crédito Descuento Por Nómina  
Lista de Verificación

Nuevo en Campo X  
Nuevo en Sucursal \_\_\_\_\_  
Renovación en Campo \_\_\_\_\_  
Renovación en Sucursal \_\_\_\_\_

Sucursal: **IZTAPALAPA**

Cliente: **GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ**

Fecha: **05** de **NOVIEMBRE** de 20**19**

Folio **581**

No. Cliente \_\_\_\_\_

Asesor      Coordinador      Mesa  
Control

REQUISITOS			OBSERVACIONES
N° de Plazas ____ Recibos de nómina ____			
Identificación Oficial			IFE vigente, Pasaporte vigente o Cédula profesional
Comprobante de Domicilio			Teléfono, Predial, Agua, Luz, TV paga, Cuenta Bancaria
Mismo Nombre			
Otro Nombre			
Igual al centro de trabajo			
Estado de cuenta			
Antigüedad <b>1</b> Edad <b>27</b>			SEP. Restricción de plazo cuando existe opción a jubilación
Obligado Solidario			Identificación y comprobante de domicilio
CAPACIDAD DE PAGO			
Líquido base (el menor de los recibos)	<b>2238,43</b>		
Capacidad de Pago	<b>559,61</b>		28% SEP y UT, 30% IMSS Y UNAM
CRÉDITO			REF. PERSONALES TEL. FIJO O CELULAR
Día de desembolso	<b>05/11/2019</b>		1.- Nombre: <b>PRUEBA</b>
Fecha de primer descuento			<b>PRUEBA</b>
Monto máx. plazo = Cap. Pago / Cuota Tabla	<b>12547,82</b>		<b>5444444444</b>
Monto del Crédito	<b>15000</b>		Tel. Fijo o Cel.: <b>222222222</b>
Plazo: Quincenas <input checked="" type="checkbox"/>			2.- Nombre: <b>PRUEBA</b>
Meses <input type="checkbox"/>			<b>PRUEBA</b> <b>PRUEBA</b>
Descuento: Monto x Cuota	<b>668,97</b>		<b>4444444444</b>
Cobertura: Capacidad pago/descuento			Tel. Fijo o Cel.: <b>777777777</b>
SOLICITUD-CONTRATO, PAGARÉ Y CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL DESCUENTO			CENTRO DE TRABAJO DEL CLIENTE
R.F.C.	<b>X</b>		Escuela/Oficina: <b>PRUEBA</b>
Domicilio	<b>X</b>		Calle y Numero: <b>PRUEBA</b> <b>4</b>
Importe	<b>X</b>		Delegación/Municipio: <b>Milpa Alta</b>
Plazo	<b>X</b>		Entidad Federativa: <b>Ciudad de México</b>
Firmas Originales	<b>X</b>		Tel. Fijo / Ext. <b>565555555</b>
Nombre del Asesor <u>JHOVANA LEYVA SALDAÑA</u>			NOTAS:
Nombre del Coordinador _____			
Nombre de Mesa de Control _____			

SOLICITUD DE CRÉDITO PERSONAL  
FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/ACREDITADA

FOLIO DE SOLICITUD

581

FECHA DE SOLICITUD

05/11/2019

Asesor:

JHOVANA LEYVA SALDAÑA

Plazo:

Catorcenas ☐  
Quincenas ☒  
Meses ☐

Importe del Crédito:

\$ 15000

Sucursal:

IZTAPALAPA

No. de parcialidades:

36

Importe de cada parcialidad:

\$ 668,97

Fecha primer pago:

## Dependencia:

Instituto Mexicano del Seguro Social

☐ Comisión Nacional Paritaria☐ Confianza y Mando☐ Jubilado y Pensionado IMSS☒ Pensionado Ley

→Matricula: \_\_\_\_\_

►NSS: \_\_\_\_\_

►Grupo: \_\_\_\_\_

☐ Secretaría de Educación Pública☐ SEP Estatal (especificar): \_\_\_\_\_☐ Universidad Nacional Autónoma de México☐ Universidad Tecnológica☐ Otra, especificar: \_\_\_\_\_

## Datos Solicitante/Acreditada

Nombre(s) sin abreviaturas

Apellido Paterno

Apellido Materno

GILDA GUADALUPE

SALDAÑA

SANCHEZ

Identificación Oficial

☒ IFE/INE☐ Cédula Profesional☐ Otro: \_\_\_\_\_

Género:

M ☐ H ☒

Fecha Nacimiento:

DD MM AAAA  
22 09 92

Estado de Nacimiento:

Veracruz de Ignacio de la Llave

País de Nacimiento:

☒ México☐ Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

☐ Soltero(a)☒ Casado(a)

Nacionalidad:

☒ Mexicana☐ Otra, especificar: \_\_\_\_\_

RFC (con homoclave)

SASG920922MP2

CURP

SASG920922MVZLNL09

País de Residencia:

☒ México☐ Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Tipo y No. de Forma Migratoria (solo en caso de extranjeros): \_\_\_\_\_

## Ocupación: empleado de

Sector:

☐ Educación☐ Salud☐ Jubilado o Pensionado☒ Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Puesto:

☒ Académico☐ Administrativo☐ Servicios☐ Jubilado o Pensionado

Años de antigüedad en el puesto:

1

Ingreso Neto mensual:

☒ De 0 a \$25,000.00 pesos Mx☐ De \$25,000.00 a \$50,000.00 pesos Mx☐ Más de \$50,000.00 pesos Mx

## Domicilio

\*Domicilio/ Calle, Número Exterior, Número Interior

NARANJO 36 8

4

\*El solicitante/acreditada manifiesta bajo protesta de decir verdad que el domicilio declarado es el domicilio en que actualmente vive. Asimismo, manifiesta que los datos que ha proporcionado en la presente solicitud son verídicos.

Colonia, Delegación, Municipio- Estado

SANTA MARÍA LA RIBERA

Cuauhtémoc

Ciudad de México

☒ México

Entre qué calles:

RIVERA DE SAN COSME Y AMADO NERVO

Código Postal:

06400

Años Residencia:

3

Número Celular (10 dígitos)

04( )5582473218

TELCEL

Teléfono propio/recados:

0

\*Dirección electrónica ( campo obligatorio):

gilda.sanzg@gmail.com

Teléfono trabajo/ Ext.:

5655555555

## Referencias Personales

Nombre(s) sin abreviaturas

Apellido Paterno

Apellido Materno

Teléfono

PRUEBA

PRUEBA

5444444444

Nombre(s) sin abreviaturas

Apellido Paterno

Apellido Materno

Teléfono

PRUEBA

PRUEBA

PRUEBA

4444444444

## Medios de disposición del crédito

☐ Pago en ventanilla☒ Depósito en cuenta:

Nombre de la Institución Bancaria:

012 BANCOMER

No. Cuenta clabe o tarjeta:

0 1 2 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7

## Destino del crédito

## Necesidades Personales

Negocio Agricultura:

☒

Vivienda Mejoramiento:

☐

Educación:

☐

Vehículos:

☐

Necesidades de Otras Personas:

Nombre completo:

Parentesco del beneficiario:

Negocio Manufactura:

☐

Vivienda Hipoteca:

☐

Bienes de consumo y turismo:

☐

Funerales:

☐

Negocio Comercio:

☐

Salud y emergencias:

☐

El solicitante manifiesta y está de acuerdo en qué:	
1. El modelo de Contrato de Adhesión y las condiciones particulares bajo las cuales se formalizará el crédito fueron hechas de su conocimiento al momento de la firma de esta solicitud.	
2. El contrato de adhesión se encuentra en el Registro de Contratos de Adhesión de CONDUSEF bajo el número:	
<div><div></div>CRÉDITO NÓMINA B</div>	RECA 3308-140-021642/07-03139-0618
<div><div></div>SEP PUEBLA- NÓMINA B</div>	RECA 3308-140-021904/06-01138-0318
<div><div>X</div>CRÉDITO CON PAGO VÍA NÓMINA IMSS</div>	RECA 3308-140-017439/11-01139-0318
3. Una vez aprobado el crédito que solicita mediante la firma del presente documento y que sean puestos a su disposición los recursos por Financiera Fortaleza, S.A. de C.V. SOFOM E.N.R., esta le enviará el Contrato de Adhesión y su carátula con los datos relativos al crédito otorgado, mediante correo electrónico a la <b>*Dirección electrónica</b> que señala en el presente formulario.	
4. El crédito que se solicita no causa comisión de ningún tipo, ni por la disposición del crédito, ni por la terminación anticipada, ni por causa de mora.	
5. Conoce el alcance y efectos del contrato, obligándose en todos y cada uno de los términos asentados en el mismo.	
Datos complementarios	
¿Usted Desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? En caso positivo especificar. Puesto: Periodo de Ejercicio:	
SI NO X	
¿Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? En caso positivo especificar:	
SI NO X	
Nombre: Parentesco/Relación: Puesto: Periodo de ejercicio:	
Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con FINANCIERA FORTALEZA y ejercerá los derechos de uso, aprovechamiento y disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos?	
SI NO X	
En caso de ser positivo, especificar nombre de la persona:	
¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato que se establezca con "FINANCIERA FORTALEZA", sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos"	
SI NO X	
Declaro bajo protesta de decir verdad, que los recursos con los que he de pagar el crédito, son de procedencia lícita, producto de mi trabajo y de fuentes legales, así como también declaro bajo protesta de decir verdad que, en caso de que el crédito me sea otorgado, lo usaré para fines lícitos.	
Autorizaciones de la Acreditada	
1. Aviso de Privacidad: Manifiesto que FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR y su marca Bayport México hizo de mi conocimiento su Aviso de Privacidad, con el cual estoy de acuerdo, el cual puedo consultar en cualquier momento en la página web www.bayport.com.mx.	
SI X NO	
2. Autorización para uso de datos.- Los datos personales de la ACREDITADA ingresados en la solicitud, carátula y contrato serán utilizados exclusivamente con finalidades de mercadeo, para comunicar novedades, promociones y demás información de FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR y su marca Bayport México.	
SI X NO	
3. Autorizaciones de Seguro.- a)De acuerdo a lo establecido en la cláusula Décima Séptima del Clausulado del contrato, es requisito indispensable para la contratación del crédito de nómina que LA ACREDITADA cuente con un seguro de vida con las siguientes coberturas:	
<div><div>a) Fallecimiento.</div><div>b) Enfermedades Graves</div><div>c) Incapacidad Total y Permanente.</div><div>d) Desempleo involuntario</div></div>	<div><div>De 18 a 80 años.</div><div>De 18 a 64 años.</div><div>Trabajadores en activo, de 18 a 65 años.</div><div>Trabajadores en activo, de 18 a 64 años.</div></div>
Usted cuenta con un Seguro de Vida con estas características:	
a) SI NO X	
b) SI X NO	
4.- Autorización y Consentimiento de Utilización de Medios Electrónicos.- Acepto, reconozco y otorgo mi consentimiento para que la FINANCIERA a través de sus equipos, sistemas electrónicos y/o automatizados o cualquier otra tecnología los utilice como medios de identificación, o como constancias de las instrucciones recibidas, operaciones futuras o los servicios prestados por la FINANCIERA a mi persona, como SOLICITANTE O ACREDITADA, los cuales producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos con mi firma autógrafa, y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio. Las grabaciones, cintas magnéticas, mensajes de datos o cualquier otro medio y/o dispositivo que resulten del uso de medios electrónicos constituirán y acreditarán el consentimiento para la creación, transmisión, modificación o extinción de los derechos y obligaciones de las partes, conforme al cláusula Décima Octava del clausulado del contrato.	
SI ACEPTO X NO ACEPTO	
La SOLICITANTE/ACREDITADA manifiesta que entiende el contenido y alcance de las autorizaciones indicadas en el apartado anterior "Autorizaciones de la Acreditada", por lo que ha seleccionado libre y voluntariamente la opción que eligió (sí/no) por lo que manifiesta su CONSENTIMIENTO en aquellas que ha seleccionado con (SI/ SI ACEPTO), obligándose conforme a lo dispuesto en el clausulado del contrato plasmando su firma a continuación:	
Nombre completo solicitante/acreditada: GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ	
Firma solicitante/acreditada:	
Huella Digital	
Comentarios (espacio exclusivo para ser llenado por el Asesor)	
* El Asesor declara bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en el presente formato han sido aportados y recabados directamente del cliente como resultado de la entrevista que le fue realizada así como del conocimiento del mismo. Adicionalmente certifica que la copia de los documentos integrados en el expediente del cliente fueron revisados y cotejados contra los documentos originales.	
Nombre y firma del Asesor JHOVANA LEYVA SALDAÑA	
Autorización para solicitar reportes de crédito a Sociedades de Información Crediticia	
Por este conducto autorizo expresamente a FINANCIERA FORTALEZA, S.A.DE C.V. SOFOM ENR, para que por conducto de sus funcionarios facultados lleve a cabo Investigaciones, sobre mi comportamiento Crediticio en las Sociedades de Información Crediticia que estime conveniente. Así mismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitará, del uso que FINANCIERA FORTALEZA, S.A.DE C.V. SOFOM ENR hará de tal información y de que ésta podrá realizar consultas periódicas de mi historial crediticio, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por un periodo de 3 años contados a partir de la fecha de su expedición y en todo caso durante el tiempo que mantengamos relación jurídica.	
Estoy consciente y acepto que este documento quede bajo propiedad de (Razón Social del Cliente y/o Sociedad de Información Crediticia consultada) para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para Regular a Las Sociedades de Información Crediticia.	
La fecha y lugar de Autorización para solicitar reportes a Sociedades de Información Crediticia, es el mismo día de la fecha de esta solicitud.	
Nombre completo de la Persona que autoriza ser consultada: GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ	
Firma de la Persona que autoriza ser consultada:	
RFC: SASG920922MP2	
FOLIO DE CONSULTA:	
FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR Teléfonos: 01800 681 0742 y 47-44-04-94. Horario Lunes a viernes 9:00 a 18:00 horas, correos electrónicos: aclaraciones@bayport.com.mx   une@bayport.com.mx	
FCR-SCP Versión: 11 Fecha de última revisión: Julio 208	

## Pagaré

### FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V. SOFOM ENR

tu futuro ahora

**BAYPORT**  
SERVICIOS FINANCIEROS



<input type="radio"/>	CREDITO NÓMINA B	RECA 3308-140-021642/
<input type="radio"/>	SEP PUEBLA- NOMINA B	RECA 3308-140-021904/
<input checked="" type="radio"/>	CRÉDITO CON PAGO VÍA NÓMINA IMSS	RECA 3308-140-017439/

## PAGARÉ

Por el presente pagaré, los (as) suscriptores(as) se obligan a pagar incondicionalmente a Financiera Fortaleza S.A. de C.V. SOFOM ENR, la cantidad de \$ 15000 (**QUINCE MIL PESOS**) PESOS 00/100 M.N.) en la ciudad de México, D.F. o en cualquier otra en la que nos sea requerido el pago del presente documento a la vista, la cantidad recibida a mi entera satisfacción.

El importe principal de éste PAGARÉ, causará intereses a razón de una tasa del 37,20 % anual más IVA, intereses que serán calculados sobre la base de la tasa anual dividida entre trescientos sesenta y multiplicada por los días efectivamente transcurridos entre la fecha de éste PAGARÉ y la fecha de la última amortización del crédito.

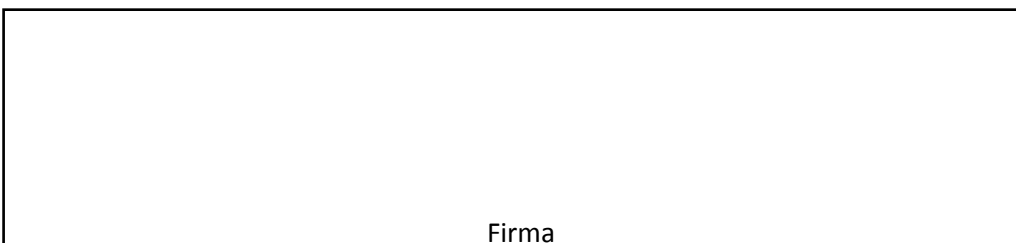
Los (las) suscriptores (as) se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales de la Ciudad de México, D.F. o a los del domicilio de los (las) suscriptores (as) a elección del actor, renunciando expresamente a cualquier otra jurisdicción a que se tenga derecho por cualquier causa.

Ciudad de México D.F. a los 05 días del mes de NOVIEMBRE de 20 19.

### Nombre y Firma del Solicitante / Acreditada

GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ

Nombre



Firma

## MANDATO DE PAGO

Ciudad de México a 05 de NOVIEMBRE de 2019

[ **IMSS** ] (el "Patrón")  
**PRESENTE**

El suscrito, **GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ**, (el "Deudor") en este acto he recibido por parte de Financiera Fortaleza, S.A. de C.V., Sociedad Financiera de Objeto Múltiple, Entidad no Regulada (el "Acreedor"), toda la información y en todos sus términos, de manera clara y precisa, el contenido y alcance de las obligaciones, derechos y consecuencias que pudieran derivar de la celebración de un Contrato de Crédito de Nómina con el Acreedor y del pago del monto del crédito de nómina de que se trate y sus accesorios, para lo cual autorizo expresamente al Patrón, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 2553, 2554 y 2596 del Código Civil Federal y de sus correlativos en los Códigos Civiles de las entidades federativas de los Estados Unidos Mexicanos ("México") para que en nombre y por cuenta del Deudor, a partir de la fecha de suscripción del presente mandato: a) Pague a favor del Acreedor, o su cesionario o causahabiente o benefactor, según corresponda, de las percepciones que recibo vía nómina, la cantidad que corresponde al importe total a pagar mediante amortizaciones consecutivas e ininterrumpidas, conforme a la descripción que se en la tabla siguiente; y b) Entregue al Acreedor las cantidades a que se refiere el inciso a) anterior, mediante depósito o transferencia electrónica a la cuenta número 0193978664, CLABE 012180001939786645, a nombre de Deutsche Bank México, S.A. F 1297 Cobranza, del banco BBVA-Bancomer, o a la cuenta que en su caso le notifique el Acreedor al Patrón, dentro de un plazo que no excederá de 5 (cinco) días naturales contados a partir del día en que el Deudor reciba su salario o pensión, manifestando que me comprometo a cumplir con dichas obligaciones en su totalidad, para lo cual firmo la presente solicitud por voluntad propia y a mi entera satisfacción.

Importe del pago mensual, quincenal o catorcenal.	668,97
Número de pagos que deban efectuarse por la cantidad anterior:	36
Días de Pago:	15 y 30

En relación con lo anterior, se informa al Patrón que el presente mandato especial de pago no podrá ser revocado por el Deudor sin el consentimiento previo y por escrito del Acreedor toda vez que se constituye como medio para cumplir las obligaciones del Deudor bajo el citado contrato, y que por lo tanto lo otorga conforme a lo dispuesto en el artículo 2596 y demás aplicables del Código Civil Federal y de sus correlativos en los Códigos Civiles de las entidades federativas de México.

**ATENTAMENTE**

Nombre: **GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ**

RFC: **SASG920922MP2**

Firma: \_\_\_\_\_

### TESTIGOS

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

El otorgamiento del crédito respectivo por Financiera Fortaleza, S.A. de C.V., Sociedad Financiera de Objeto Múltiple, Entidad no Regulada, deberá considerarse como la aceptación expresa a la estipulación establecida en su favor en el presente documento.

Fecha de Alta del Certificado: **05/11/2019**

Fecha de Fin de Vigencia del Certificado: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio y fin de vigencia de la Póliza: \_\_\_\_\_

Contratante	
Nombre o Razón Social	RFC
<b>FINANCIERA FORTALEZA SA DE CV SOFOM ENR</b>	<b>FFO080625NK5</b>
Domicilio	
Av. Prado Norte No. 550 Piso 1 Col. Lomas de Chapultepec 1 Secc., Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11000	

Asegurado	
Nombre	RFC
<b>GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ</b>	<b>SASG920922MP2</b>
Domicilio	Fecha de Nacimiento
NARANJO 36 8 SANTA MARÍA DE LA MERCE 4 06400	<b>22/09/1992</b>

Otorgo mi consentimiento de la manera más amplia para pertenecer al Grupo Asegurado en los términos de la Póliza de Seguro de Grupo Vida Deudores Credit Life solicitada a Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. de acuerdo con la inscripción en el registro de asegurados.

☒ Solicito que el Contratante me entregue la documentación contractual por escrito y de manera impresa.

☐ Estoy de acuerdo y otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual me sea entregada en formato PDF (*portable document format*), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través mi correo electrónico.

Lo anterior en el entendido de que en términos de lo dispuesto en la fracción II del Artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades usted podrá solicitar a Pan-American México el Certificado correspondiente en cualquier momento.

Si el Asegurado no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el Crédito los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 50472544 o al 01800 212 5599; para que a elección del Asegurado la Compañía le haga llegar su Certificado Individual a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

### Coberturas

Cobertura	Empleados Activos	Jubilados-Pensionados	Suma Asegurada o Regla para determinarla	Periodo de Carencia	Periodo de Espera
Fallecimiento	X	X	Saldo Insoluto	No aplica	No aplica
Invalidez Total y Permanente	X	N/A	Saldo Insoluto	No aplica	120 días
Enfermedades Graves	X	N/A	Saldo Insoluto	No aplica	No aplica
Desempleo	X	N/A	6 Meses de Mensualidad de Crédito	1 Mes	1 Mes

### Exclusiones

Usted puede consultar las exclusiones de las coberturas de fallecimiento en las cláusulas 2.1.2., 3.4.3. y 3.8.5. de las condiciones generales del seguro.

### Designación de Beneficiarios

En este acto designo como Beneficiario irrevocable de este seguro, respecto de las coberturas de Fallecimiento y en su caso Invalidez Total y Permanente o Desempleo Involuntario o Enfermedades Críticas al Contratante hasta el Saldo Insoluto por tratarse de un seguro que tiene por objeto garantizar el Crédito concedido por el Contratante a mi favor sujeto a y de conformidad con lo estipulado en las condiciones generales y particulares de este seguro. *[Para el resto de las coberturas, designo como mis beneficiarios para que, en su caso, reciban la indemnización correspondiente a las siguientes personas.]*

Nombre	Domicilio	Porcentaje
Financiera Fortaleza S.A. de C.V. SOFOM ENR	Prado Norte No. 550, Col. Lomas Chapultepec, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11000	100%

En caso de requerir más espacio, favor de anexar una hoja adicional.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.

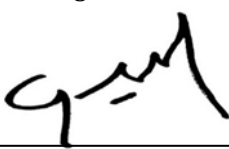
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en su contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de Seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante del seguro el importe del Saldo Insoluto. Para fines de lo anterior, el Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado  
( 05 / 11 / 2019 )

  
Funcionario Autorizado

### Transcripción que corresponde del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

**Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.



#### DATOS DE CONTACTO

Para atención al Asegurado: Centro de Contacto CDMX (52 55) 50472544 de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas y al correo electrónico: [emisionmex@palig.com](mailto:emisionmex@palig.com)

Para atención al Asegurado sobre Siniestros: Centro de Contacto CDMX (52 55) 50472546 de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas y al correo electrónico: [mesadecontrol@palig.com](mailto:mesadecontrol@palig.com)

Para acceso a la unidad especializada de la Compañía: CDMX (52 55) 50472504 y larga distancia: 01800 212 5577 de lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas. Correo Electrónico: [une@palig.com](mailto:une@palig.com);

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, lo puede hacer en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México. C.P 03100 o en cualquiera de sus delegaciones regionales o metropolitanas, puede llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT): 01 800 999 80 80, desde cualquier parte del país, y 53 400 999, para la Ciudad de México y zona metropolitana o mandar un correo electrónico a [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx). Usted también puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx>

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento en nuestra página de internet, el Aviso de Privacidad de Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., mismo que podrá ser modificado de tiempo en tiempo.

#### DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Antes y durante la contratación del seguro usted tiene derecho a:

- a)** Solicitar a los Agentes o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales;
- b)** Solicitar se le informe el importe de la Comisión que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF;
- c)** Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.
- d)** Evitar si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno, relativo al tipo de examen que se la ha aplicado.

Una vez ocurrido el siniestro, usted tiene derecho a:

- a)** Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;
- b)** Cobrar una indemnización por mora a Pan-American México, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas;
- c)** Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.
- d)** Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

\*El extracto de sus condiciones generales ha sido entregado al contratante de la presente póliza.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de abril de 2019, con el número CNSF-S0119-0068-2019 / CONDUSEF-003616-01.





## FORMATO DE DOMICILIACION

AUTORIZACION PARA DOMICILIACION DE RECIBOS Y/O PAGOS

**FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR**

**Prado Norte 550, Lomas de Chapultepec, C.P. 11000 Ciudad de México, CDMX**

NOMBRE DEL TITULAR: **GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ** NÚMERO DE CREDITO: \_\_\_\_\_

IMPORTE TOTAL \$ **15000** PARCIALIDADES \$ **668,97**

PLAZO: **36** Mensual ☐ Catorcenal ☐ Quincenal ☐

### Opción 1

CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: **GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ**

BANCO DE LA CTA. BANCARIA: **012 BANCOMER**

Clabe ☐ **X**

0	1	2	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Cuenta ☐

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Opción 2

CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: \_\_\_\_\_

BANCO DE LA CTA. BANCARIA: \_\_\_\_\_

Clabe ☐

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cuenta ☐

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### REFERENCIAS PERSONALES:

PRUEBA	PRUEBA	AMISTAD
Nombre/Apellido Paterno/Apellido Materno		Parentesco
Lada ( ) <b>5444444444</b>	De: <b>09:05</b> a <b>07:06</b> De: <b>LUNES</b> a <b>MIERCOLES</b>	( ) <b>2222222222</b>
Tel de Casa	Horario de Contacto	Celular

PRUEBA	PRUEBA	PRUEBA	AMISTAD
Nombre/Apellido Paterno/Apellido Materno			Parentesco
Lada ( ) <b>4444444444</b>	De: <b>07:06</b> a <b>11:00</b> De: <b>LUNES</b> a <b>MIERCOLES</b>	( ) <b>7777777777</b>	
Tel de Casa	Horario de Contacto	Celular	

Solicito y autorizo al (los) banco(s) para que realice(n) por mi cuenta los pagos por los conceptos que en este documento se detallan, con cargo a la (s) cuenta (s) bancaria (s) identificada (s) por la(s) CLABE o número (s) de cuenta indicado (s). Convengo en que el (los) banco (s) quedan liberados de toda responsabilidad si FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR ejercitará acciones de cobro a la cuenta antes señalada a mi nombre, derivado de los contratos celebrados entre FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR y el que suscribe; y que los bancos no estarán obligados a efectuar ninguna reclamación a FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR, ni gestiones de cobro por multas, sanciones o cobros indebidos. Esta autorización es por un plazo indefinido. Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

**GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ**

Nombre del titular

Firma del titular

Ciudad y Fecha **Ciudad de México**

**05/11/2019**



Financiera Fortaleza

Carta de Instrucción

Milpa Alta	Lugar Ciudad de México	Fecha 05/11/2019	No. Contrato
------------	---------------------------	---------------------	--------------

SOLICITANTE

Apellido Paterno	<b>SALDAÑA</b>	Matricula o NSS:	Grupo:			
Apellido Materno	<b>SANCHEZ</b>	Delegación:	Clave: <b>233333</b>			
Nombres (S)	<b>GILDA GUADALUPE</b>	Trabajador	Estatuto "A"	Jubilado y/o Pensionado	Pensionado Ley	Comisión Nacional Paritaria
		Clave: <input type="text"/> 01 <input type="text"/> 04	Clave: <input type="text"/> 00	Clave: <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRÉDITO

T.I Mensual %	CAT	Importe del crédito solicitado M.N.	Importe del descuento en nómina M.N.	Total de descuentos a aplicar	Frecuencia de pago	Importe del crédito a pagar con intereses en M.N.
<b>3,1</b>	<b>60</b>	\$ <b>15000</b>	\$ <b>668,97</b>	<b>36</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	\$ <b>24082,92</b>

AUTORIZACIÓN

Por medio de la presente, solicito y expreso mi consentimiento, a efecto de que el Instituto Mexicano del Seguro Social retenga de mis percepciones en nómina, el importe y en la frecuencia de pago señalado en la sección de crédito del presente documento.

Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas por mi persona, por el crédito que me ha sido otorgado y al cual se hace referencia en el presente documento.

Los importes resultantes, deberán ser entregados a la Sociedad denominada FINANCIERA FORTALEZA S.A DE C.V. SOFOM ENR conforme a las políticas y condiciones que para tales efectos establezca el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Así mismo, hago de su conocimiento que las retenciones correspondientes a los montos, intereses y condiciones de crédito, son reconocidos y aceptados por mi parte, mismos que no afectan mi patrimonio familiar.

En virtud de que el Instituto Mexicano del Seguro Social, no se considera, ni se considerará por ningún motivo, como aval ni deudor solidario respecto del crédito que me fue otorgado, lo libero en este acto de cualquier responsabilidad presente o futura que pudiera presentarse y como consecuencia de ello, reconozco y acepto que todas las aclaraciones derivadas del citado crédito, las deberé realizar directamente ante Financiera Fortaleza S.A DE C.V SOFOM ENR.

Manifiesto que he proporcionado información personal a la citada sociedad, motivo por el cual el Instituto Mexicano de Seguro Social, no será responsable del uso y/o divulgación de la misma.

Finalmente, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que el importe total del crédito, de acuerdo a mi solicitud, ha sido depositado en mi cuenta de nómina asignada por el Instituto, con los siguientes datos:

Número de cuenta:	<b>7777777777</b>	<div>Huella Digital</div>
Número de CLABE:	<b>0127777777777777</b>	
Banco:	<b>012 BANCOMER</b>	
<div><b>GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ</b> El Solicitante, Nombre y Firma</div>		

Revisó:	<b>FINANCIERA FORTALEZA S. A. DE C. V. SOFOM ENR.</b>
	<b>JHOVANA LEYVA SALDAÑA</b> EL Promotor, Clave, Nombre y Firma
Autorizó:	
<div>El Representante Legal de FINANCIERA FORTALEZA La entidad financiera se obliga a entregar al sujeto beneficiario la tabla de amortización financiera del crédito.</div>	
El solicitante y Financiera Fortaleza S.A DE C.V SOFOM ENR se obliga en este acto, a dejar en paz y salvo al Instituto Mexicano del Seguro Social, respecto de cualquier controversia o conflicto presente o futuro, que pudiera derivarse del otorgamiento del crédito a que hace referencia la presente Carta de institución.	