

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
FINANCIERA FORTALEZA SA DE CV SOFOM ENR	FFO080625NK5
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
GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ	SASG920922MP2
Domicilio	Fecha de Nacimiento
NARANJO 36 8 SANTA MARÍA DE LA MERCE 4 06400	22/09/1992

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

RATIFICACIÓN

México, Distrito Federal, a _____ de _____ de _____

FINANCIERA FORTALEZA S.A DE C.V. SOFOM ENR (En adelante FORTALEZA)

Dando cumplimiento a las obligaciones adquiridas por mi persona _____, mediante el crédito _____ adquirido con FORTALEZA el día _____ por la cantidad de \$ _____ (_____ pesos _____/100M.N.) y el cuál será liquidado mediante _____ pagos consecutivos, cada uno por el importe de \$ _____ (_____ pesos _____/100M.N.) y por el cuál autoricé a FORTALEZA, de forma irrevocable, para que, en mi nombre y representación cubriera el adeudo previo que mantenía con _____ y que fue liquidado el día _____ con la cantidad de \$ _____ (_____ pesos _____/100M.N.)

Reconozco y me comprometo a no contratar ninguna obligación ó crédito alterno con está financiera _____, ni con alguna otra institución donde el objeto de pago provenga de la nómina de la NSS o matrícula _____; esto, hasta que el crédito contraído con FORTALEZA _____, inicie su cobro acorde a las clausulas establecidas en dicho contrato.

Ratifico mi voluntad y conciencia al celebrar el convenio, asimismo confirmo la aceptación de las condiciones de dicho crédito dado que no afectan de ninguna forma mi patrimonio familiar.

Nombre y Firma del (de la) deudor (a)

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
FINANCIERA FORTALEZA SA DE CV SOFOM ENR	FFO080625NK5
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
GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ	SASG920922MP2
Domicilio	Fecha de Nacimiento
NARANJO 36 8 SANTA MARÍA DE LA MERCE 4 06400	22/09/1992

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