

SOLICITUD CRÉDITO HIPOTECARIO

Scotiabank®

Scotiabank Inverlat, S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Scotiabank Inverlat (En lo sucesivo "Scotiabank")

FOLIO |

CRÉDITO SOLICITADO

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| DESTINO <input checked="" type="checkbox"/> Adquisición <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Liquidez Libre <input type="checkbox"/> Liquidez Vivienda <input type="checkbox"/> Pago de Pasivos <input type="checkbox"/> Preventa <input type="checkbox"/> Renovación | PRODUCTO <input type="checkbox"/> Cofinavit <input type="checkbox"/> Renovación + Adquisición <input type="checkbox"/> Cofinavit CI+CB <input type="checkbox"/> Renovación + Pago de Pasivos <input type="checkbox"/> Fovissste para Todos <input type="checkbox"/> Renovación 2da. Hipoteca Apoyo INFONAVIT <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO <input type="checkbox"/> Valora <input checked="" type="checkbox"/> Pagos Oportunos <input type="checkbox"/> Hipoteca 7 x 5 PLAZO EN AÑOS 5 7 10 15 <input checked="" type="checkbox"/> 20 | COMISIÓN <input type="checkbox"/> Contratación - crédito <input checked="" type="checkbox"/> Penalización por pago anticipado de crédito USO DE LA VIVIENDA <input checked="" type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Inversión <input type="checkbox"/> Descanso <input type="checkbox"/> Liquidez | TIPO DE PROPIEDAD <input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Casa en Condominio <input type="checkbox"/> Departamento |
|---|---|---|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| MONTO DEL CRÉDITO EN MONEDA NACIONAL \$ > 552,500 | VALOR APROXIMADO DEL INMUEBLE \$ > 850,000 | % APROXIMADO DEL FINANCIAMIENTO SOBRE EL INMUEBLE % > 65 |
|---|--|--|

| | | | | |
|--|---|---|---|------------------------------------|
| DATOS PERSONALES Favor de utilizar apellidos de soltero (a) | | | | |
| Apellido Paterno ∨ VAQUERA | Apellido Materno ∨ GOMEZ | Nombre (s) ∨ MARTHA ANDREA | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino | |
| R.F.C. ∨ VAGM661130K6A | CURP ∨ VAGM661130MHGQMR0E | Edad Años > 59 Meses > 4 | Fecha de nacimiento ∨ Día > 30 Mes > 11 Año > 1966 | Entidad de Nacimiento ∨ HIDALGO |
| País ∨ MEXICO | Nacionalidad <input checked="" type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera | Escolaridad <input type="checkbox"/> Maestría / Doctorado <input checked="" type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Pasante <input type="checkbox"/> Carrera Comercial <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Otro Especifique > | | |
| Correo Electrónico ∨ martha.vaquera.gomez1966@gma | Celular ∨ 7757599044 | No. Identificación /Clave INE ∨ 1222012595891 | Tipo de Identificación ∨ CREDENCIAL DE ELECTOR | |
| País emisor de la Identificación ∨ MEXICO | Vigencia identificación ∨ 31/12/2034 | NSS ∨ | | |
| Núm. Dependientes Económicos > 0 | Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro Especifique > | Régimen Conyugal <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de Bienes | | |
| Nombre del Cónyuge (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)) ∨ | | R.F.C. ∨ | CURP ∨ | |

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| DOMICILIO ACTUAL | | | |
| Calle ∨ AND ARGON NUM | Núm. Ext./Int. ∨ 33 | Colonia / Fraccionamiento ∨ VILLAS DE SAHAGUN | Código Postal ∨ 43993 |
| Alcaldía o Municipio ∨ SAHAGUN | Ciudad ∨ SAHAGUN | Estado ∨ HIDALGO | País ∨ MEXICO |
| Tiempo de Residencia (años, meses) En el Domicilio > 15 En la Población > 59 | Tipo de Vivienda <input checked="" type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otro Especifique > | Lada / Teléfono ∨ 7757599044 | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| EMPLEO ACTUAL | | | | |
| Sector Laboral <input type="checkbox"/> Empleado Público <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Propietario Empresa/Inversionista <input type="checkbox"/> Empleado Privado | | | | |
| Ocupación ∨ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accionista / Arrendador | <input type="checkbox"/> Desempleo con Ingresos | <input type="checkbox"/> Gerente | <input type="checkbox"/> Mandos Medios y Superiores (Ejecutivo, Gerente, etc.) | <input type="checkbox"/> Profesionista Independiente |
| <input type="checkbox"/> Agricultor, Ganadero | <input type="checkbox"/> Director General o Presidente (Empresa Grande) | <input type="checkbox"/> Guardia Uniformado | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Reparador/Instalador (Empleados) |
| <input type="checkbox"/> Ama de Casa | <input type="checkbox"/> Director-Subdirector (Empleado) | <input type="checkbox"/> Industrial | <input type="checkbox"/> Otro - Trabajador Independiente (Ventas Comisiones) | <input type="checkbox"/> Secretaria |
| <input type="checkbox"/> Artista/Deportista | <input type="checkbox"/> Empleado | <input type="checkbox"/> Jefe de Departamento Sección | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Técnico Especializado |
| <input type="checkbox"/> Chofer (Taxi, Pesero, etc.) | <input type="checkbox"/> Empresario, Propietario de Empr de Serv. | <input type="checkbox"/> Jubilado/Retirado | <input type="checkbox"/> Otros (Empleado) | <input type="checkbox"/> Técnico Independiente u Oficios (Mesero, Peluquero, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Comerciante Independiente | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Maestro | <input checked="" type="checkbox"/> Ventas/Comisionista | |

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD TRIBUTARIA | |
| <input type="checkbox"/> Sueldos y salarios | <input type="checkbox"/> Ingresos por Dividendos (Socios y Accionistas) |
| <input type="checkbox"/> Honorarios o Servicios Profesionales | <input checked="" type="checkbox"/> Otra Especifique > COMERCIO DE ROPA Y JUBILADO |

| | | | |
|--|------------------------|---|------------------------|
| DOMICILIO FISCAL (DE ACUERDO A LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL VIGENTE) | | | |
| Calle ∨ ANDADOR ARGON | Núm. Ext./Int. ∨ 33 | Colonia / Fraccionamiento ∨ VILLAS DE CIUDAD SAHAGUN | Código Postal 43993 |
| Alcaldía o Municipio ∨ SAHAGUN | Ciudad ∨ SAHAGUN | Estado ∨ HIDALGO | País ∨ MEXICO |

| | | | |
|---|---|---|--|
| EMPLEO ACTUAL | | | |
| Nombre de la Empresa ∨ MARTHA ANDERA VAQUERA GOMEZ | Giro de la Empresa ∨ COMERCIO AL POR MAYOR DE ROPA | Puesto / Cargo ∨ DUEÑA | |
| Antigüedad Años > 36 Meses > 9 | Lada / Teléfono / Extensión ∨ 7757599044 | Tipo de contrato laboral <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro Especifique > | |

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------|---|--------------------------|
| DOMICILIO DE LA EMPRESA | | | |
| Calle ∨ ANDADOR ARGON | Núm. Ext./Int. ∨ 33 | Colonia / Fraccionamiento ∨ VILLAS DE CIUDAD SAHAGUN | Código Postal ∨ 43993 |
| Alcaldía o Municipio ∨ SAHAGUN | Ciudad ∨ SAHAGUN | Estado ∨ HIDALGO | País ∨ MEXICO |

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| EMPLEO ANTERIOR (En caso de que la antigüedad en el empleo actual sea menor a dos años) | | |
| Nombre de la Empresa ∨ | Actividad de la Empresa ∨ | Puesto / Cargo ∨ |
| Antigüedad Años > Meses > | Lada / Teléfono / Extensión ∨ | Tipo de contrato laboral <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro Especifique > |

| | |
|---|---------------|
| REFERENCIAS BANCARIAS | |
| DEPÓSITOS / INVERSIONES / VALORES / CHEQUES / AHORROS | |
| Tipo de Cuenta ∨ | Institución ∨ |
| | |
| | |

| | | |
|--|---------------|------------------|
| CRÉDITOS ACTUALES | | |
| TARJETA, AUTOMOTRIZ, PERSONAL, HIPOTECARIO, OTRO | | |
| Tipo de Crédito ∨ | Institución ∨ | Núm. de Cuenta ∨ |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| Declaración de Cliente vulnerable | | |
| ¿Bajo protesta de decir verdad, declara de forma personal, libre y voluntaria que perteneces a alguno de los siguientes grupos de personas en situación de vulnerabilidad? | | |
| ¿El cliente se identifica con algún grupo en situación de vulnerabilidad? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| En caso de haber contestado afirmativamente, ¿a cuál?: | | |
| <input type="checkbox"/> Adultos mayores (a partir de 60 años cumplidos) | <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad | <input type="checkbox"/> Personas pertenecientes a alguna etnia, pueblo o comunidad indígena |

DATOS DEL COACREDITADO OBLIGADO SOLIDARIO

| | | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|---|-------------------------|
| Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)) | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | R.F.C. | CURP |
| Edad Años > Meses > | Fecha de nacimiento | Lugar de Nacimiento | | Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera | |
| Tipo de Identificación | País emisor de la Identificación | | No. Identificación / Clave INE | | Vigencia identificación |
| Correo Electrónico | | Celular | Parentesco con el Solicitante <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro Especifique > | | |
| DOMICILIO <input type="checkbox"/> Mismo del Acreditado Calle | | Núm. Ext./Int. | Colonia / Fraccionamiento | | |
| Alcaldía o Municipio | | Código Postal | Estado | Lada / Teléfono | |
| Sector Laboral <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Propietario Empresa/Inversionista <input type="checkbox"/> Empleado Privado | | | | | |

Ocupación

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accionista / Arrendador | <input type="checkbox"/> Desempleo con Ingresos | <input type="checkbox"/> Gerente | <input type="checkbox"/> Mandos Medios y Superiores (Ejecutivo, Gerente, etc.) | <input type="checkbox"/> Profesionista Independiente |
| <input type="checkbox"/> Agricultor, Ganadero | <input type="checkbox"/> Director General o Presidente (Empresa Grande) | <input type="checkbox"/> Guardia Uniformado | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Reparador/Instalador (Empleados) |
| <input type="checkbox"/> Ama de Casa | <input type="checkbox"/> Director-Subdirector (Empleado) | <input type="checkbox"/> Industrial | <input type="checkbox"/> Otro - Trabajador Independiente (Ventas Comisiones) | <input type="checkbox"/> Secretaria |
| <input type="checkbox"/> Artista/Deportista | <input type="checkbox"/> Empleado | <input type="checkbox"/> Jefe de Departamento Sección | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Técnico Especializado |
| <input type="checkbox"/> Chofer (Taxi, Pesero, etc.) | <input type="checkbox"/> Empresario, Propietario de Empr de Serv. | <input type="checkbox"/> Jubilado/Retirado | <input type="checkbox"/> Otros (Empleado) | <input type="checkbox"/> Técnico Independiente u Oficios (Mesero, Peluquero, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Comerciante Independiente | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Maestro | | <input type="checkbox"/> Ventas/Comisionista |

| | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Nombre de la Empresa | Giro de la Empresa |
| Puesto / Cargo | Antigüedad Años > Meses > |

| REFERENCIAS BANCARIAS DEL COACREDITADO/OBLIGADO SOLIDARIO | |
|---|-------------|
| DEPÓSITOS / INVERSIONES / VALORES / CHEQUES / AHORROS | |
| Tipo de Crédito | Institución |
| | |
| | |

| CRÉDITOS ACTUALES | | |
|--|-------------|----------------|
| TARJETA, AUTOMOTRIZ, PERSONAL, HIPOTECARIO, OTRO | Institución | Núm. de Cuenta |
| | | |
| | | |

Declaración de Cliente vulnerable

¿Bajo protesta de decir verdad, declara de forma personal, libre y voluntaria que perteneces a alguno de los siguientes grupos de personas en situación de vulnerabilidad?

¿El cliente se identifica con algún grupo en situación de vulnerabilidad?

Sí No Prefiero no responder

En caso de haber contestado afirmativamente, ¿a cuál?:

Adultos mayores (a partir de 60 años cumplidos) Personas con discapacidad Personas pertenecientes a alguna etnia, pueblo o comunidad indígena

INGRESOSConsolidar Ingresos Si No**INGRESOS MENSUALES**

| | | | |
|--|------------------|---|----------|
| SOLICITANTE Fijo comprobable antes de impuesto | \$ 13,000 | COACREDITADO Fijo comprobable antes de impuesto | \$ _____ |
| Otros ingresos comprobables | \$ 130,000 | OBLIGADO Otros ingresos comprobables | \$ _____ |
| Fuente | PENSION / COMERC | SOLIDARIO Fuente | _____ |
| Total ingresos brutos | \$ 143,000 | Total ingresos brutos | \$ _____ |

REFERENCIAS PERSONALES

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| PERSONAL Apellido Paterno (No Familiar) OCAÑA | Apellido Materno MENDIZA | Nombre (s) MARIA MARTHA |
| Tiempo de Conocerlo > 15 años 3 | Lada / Teléfono / Extensión > | Casa > |
| Oficina > | Celular > 7751357475 | |
| FAMILIAR Apellido Paterno (Que no viva con usted) VAQUERA | Apellido Materno GOMEZ | Nombre (s) SAMANTHA ANDREA |
| Parentesco > HIJA | Lada / Teléfono / Extensión > | Casa > |
| Oficina > | Celular > 7713413778 | |

BIENES A NOMBRE DEL CLIENTE

| | |
|--|--|
| INMUEBLE TIPO Valor estimado \$ 650,000 <input checked="" type="checkbox"/> Casa - Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Local Comercial <input type="checkbox"/> Otro Especificar > | TIPO Valor estimado \$ _____ <input type="checkbox"/> Casa - Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Local Comercial <input type="checkbox"/> Otro Especificar > |
| AUTO Marca Modelo Valor Estimado \$ 650,000 MAZDA 2022 | Marca Modelo Valor Estimado \$ _____ |
| CUENTA PARA EL MANEJO DEL CRÉDITO (SI YA LA TUVIERA APERTURADA) | |
| Núm de cuenta de cheques > | Tiene servicios de <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/> Servicios <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno |
| | Desea tramitar la tarjeta de Crédito Scotiabank <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | Antigüedad como cliente (en años) > |

ENGANCHE

Monto del enganche* > \$297,500

Origen del enganche del inmueble:
 Ahorro Herencia Venta previa de inmueble Otro: _____ No aplica: _____

*El monto del enganche podrá tener variaciones.

PROVEEDOR DE RECURSOS

¿Los pagos que se realizarán al crédito provienen de un tercero y/o proveedor de recursos? > Si No

Si la respuesta fue si, detalle la información del tercero y/o proveedor de recursos: >

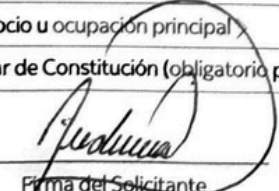
Nombre completo o Razón social (sin abreviaturas) >

Dirección (nombre de la calle, avenida o vía de que se trate, debidamente especificada, número exterior y, en su caso, interior, colonia, ciudad o población, alcaldía o municipio, entidad federativa y código postal) >

Naturaleza de la relación con solicitante > R.F.C. con homoclave >

Negocio u ocupación principal > Fecha de nacimiento o constitución >

Lugar de Constitución (obligatorio para personas morales) > Nacionalidad >



 Firma del Solicitante

29 ABRIL 2026

 Fecha

PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA (PPE) SOLICITANTE

¿Es usted o fué una PPE? Si No

Si la respuesta es si detalle las siguiente información ✓

Cargo Público >

Breve descripción de función realizada >

Período en el cargo >

País o Países donde desarrolla (ó) la función >

Dependencia >

Relación con PPE: ¿Usted tiene un parentesco con una PPE? (consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como las personas morales con las que la Persona Politicamente Expuesta mantenga vínculos patrimoniales.) Si No

Si la respuesta es si detalle la siguiente información ✓

Relación y/o parentesco con el cliente >

Nombre >

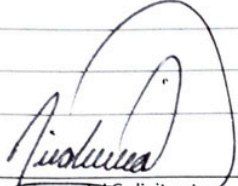
Breve descripción de función realizada >

Cargo Público >

Período en el cargo >

Dependencia >

País o Países donde desarrolla la función >


Firma del Solicitante

29 ABRIL 2026

Fecha

PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA COACREDITADO Y/U OBLIGADO SOLIDARIO EN SU CASO

¿Es usted o fué una PPE? Si No

Si la respuesta es si detalle las siguiente información ✓

Cargo Público >

Breve descripción de función realizada >

Periodo en el cargo >

País o Países donde desarrolla la función >

Dependencia >

Relación con PPE: ¿Usted tiene un parentesco con una PPE? (consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como las personas morales con las que la Persona Politicamente Expuesta mantenga vínculos patrimoniales). Si No

Si la respuesta es si detalle la siguiente información ✓

Relación y/o parentesco con el cliente >

Nombre >

Breve descripción de función realizada >

Cargo Público >

Periodo en el cargo >

Dependencia >

País o Países donde desarrolla la función >

Firma del Coacreditado y/u Obligado Solidario

Fecha

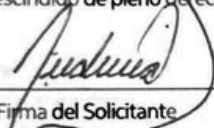
ANTECEDENTES MÉDICOS (Llenar sólo en caso de que los seguros se contraten a través de Scotiabank.)

| Contestar las siguientes preguntas: | Titular | Coacreditado | Obligado Solidario |
|--|--|---|---|
| 1. ¿Ha tenido variaciones en la presión arterial? (Hipertensión/ Hipotensión) | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Padece o ha padecido de alguna afección cardíaca? (Infartos cardíacos, angina de pecho, arritmias cardíacas, insuficiencia coronaria) | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Padece o ha padecido enfermedades del hígado, de los riñones vesícula biliar o páncreas? (Dispepsia, hepatitis B, C, cirrosis hepática, insuficiencia renal) | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Tiene o ha tenido cáncer o tumores de cualquier tipo? | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Padece o ha padecido Diabetes Mellitus? | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

DECLARACIÓN

Se previene al Solicitante que conforme a la ley sobre el contrato de seguro, debe aclarar todos los hechos a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la omisión inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, podrá motivar su rechazo por parte de la Aseguradora en caso de siniestro.

Al momento de firmar la presente solicitud, el Titular del crédito, su coacreditado, y/u obligado solidario deberán hacer del conocimiento de la Aseguradora cualquier hecho importante que conozcan o deban conocer al momento de la celebración del contrato, ya que el omitir declarar dichos hechos puede falsear la apreciación del riesgo que se va a suscribir. Cualquier omisión inexacta o falsa declaración de los hechos antes mencionados facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización de algún siniestro.


Firma del Solicitante

Firma del Coacreditado y/u Obligado Solidario (en su caso)

PERSONALIDAD JURÍDICA

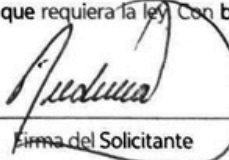
El Solicitante, y en su caso el Coacreditado y/u Obligación Solidario, manifiesta(n) que se encuentran en buen estado de salud, que tienen capacidad física y jurídica plena, que los datos asentados en esta solicitud son verdaderos y reflejan fielmente su situación patrimonial y autorizan a Scotiabank o a su representante a verificar la autenticidad de los mismos en cualquier momento que lo juzgue necesario.

Si No

OFERTA VINCULANTE

Para la expedición de una oferta vinculante no se requerirá de la presentación de los documentos necesarios para la contratación del crédito garantizado a la vivienda, sino hasta el momento de la aceptación de la oferta vinculante correspondiente. La entidad estará obligada a otorgar el crédito garantizado a la vivienda en los términos y condiciones que se establezcan en la oferta vinculante, mediante depósito en cuenta de cheques siempre y cuando compruebe la identidad del solicitante; la veracidad y autenticidad de los datos que hubiese proporcionado; la capacidad crediticia conforme a las sanas prácticas y condiciones de mercado; la realización de un avalúo practicado por un valuator autorizado y el cumplimiento de las demás formalidades que requiera la ley. Con base en la información señalada en la presente solicitud ¿Está interesado en que Scotiabank le extienda una oferta vinculante?

Si No


Firma del Solicitante

Es tu derecho solicitar la oferta vinculante para comparar distintas opciones de crédito. El Aforo será de acuerdo al producto contratado.

AVALÚO Y/O VERIFICACIÓN DE AVANCE DE OBRA

El solicitante manifiesta que entre las opciones de Unidades de valuación que tiene Scotiabank, tuvo la posibilidad de elegir la Unidad de Valuación que practicará el avalúo y/o verificación de avance de obra al inmueble ofrecido en hipoteca. Una vez realizada la visita de inspección por parte del perito valuator, no se acepta la cancelación del avalúo y/o verificación de avance de obra (en los productos que aplique), ni se devolverá cantidad alguna por la cancelación de los mismos, salvo en los productos de valor agregado en los que se podrá devolver la parte proporcional a la terminación de obra. Si la cancelación del avalúo y/o verificación de avance de obra (en los productos de valor agregado) se solicita antes que la Unidad de Valuación acuda a la visita de inspección del inmueble, se cobrará al cliente un 20% sobre el monto pagado sobre el monto pagado incluyendo el pago de la verificación de avance de obra (en los productos de valor agregado). Transcurridos 6 meses de la fecha del comprobante de pago no se responderá por ningún avalúo y no habrá devoluciones de ninguna especie.

DOCUMENTACIÓN Y REQUISITOS A CUMPLIR POR EL SOLICITANTE, COACREDITADO Y/U OBLIGADO SOLIDARIO

(Inclusivo si se solicitó oferta vinculante)

Documentación para la autorización del crédito

- Solicitud de crédito debidamente requisitada y firmada, tanto por el solicitante como por el coacreditado o deudor solidario (en su caso)
- Copia de identificación oficial del cliente
- Copia de los comprobantes de ingresos
- Copia de comprobante de domicilio a nombre del solicitante
- Para solicitantes de nacionalidad extranjera: copias vigentes de la forma Migratoria Múltiple, Tarjeta de residencia (temporal o Permanente) y del pasaporte
- Estado de cuenta de crédito hipotecario con otra institución financiera (sólo para Pago de Pasivo Hipotecario)

Documentación para la firma del crédito

- Copia del contrato de compraventa
- Acta de nacimiento del cliente, acreditado o deudor solidario (en su caso)
- Copia certificada de acta de matrimonio del solicitante y vendedor (en su caso)
- Copia del título de propiedad inscrito en el Registro Público de la Propiedad
- Régimen de propiedad en condominio y su reglamento
- Boletas de predial y agua individualizados (últimos bimestres y/o de los bimestres anteriores que se requieren en cada entidad federativa)
- Planos arquitectónicos
- Avalúo con fotografías
- Póliza de seguro de vida, daños y desempleo. (sólo aplica en caso de que el cliente decida contratar con un tercero independiente)

Requisitos

- Edad mínima de 25 años. Para la edad máxima debe cumplirse con las siguientes dos reglas:
 - 1) La suma de la edad más el plazo del crédito debe ser igual o menor a 80 años y
 - 2) La edad del solicitante y coacreditado debe ser menor a 75 años
- Antigüedad mínima:
 - Empleados y Comisionistas con sueldo fijo: 2 años entre el empleo actual y el anterior, teniendo como mínimo 6 meses en el actual.
 - Para Cofinavit y Fovissste: 2 años en el empleo actual y el anterior, teniendo como mínimo 3 meses en el actual
 - Comisionista sin sueldo fijo, Dueño o Accionista de negocio o Persona física con actividad empresarial deberá tener mínimo 2 años consecutivos en la misma actividad
- Para apoyo Infonavit / Cofinavit / Fovissste, cumplir con el puntaje que exige casa Institución, no tener un crédito vigente o autorizado
- Buenas referencias de crédito bancarias
- Para conocer los ingresos mínimos requeridos de acuerdo con el producto solicitado puede acceder a la dirección electrónica scotiabank.com.mx en el apartado de crédito hipotecario

Recomendaciones

- No firmar un contrato de compraventa hasta no tener autorizado su crédito
- No contratar créditos en exceso a su capacidad de pago para no afectar su patrimonio y su historial crediticio
- Para agilizar el trámite de su crédito entregue la documentación completa junto con su solicitud

GRUPOS ECONÓMICOS: SÓLO PARA SOLICITUDES DE CRÉDITO CON UN IMPORTE IGUAL O MAYOR AL EQUIVALENTE EN MONEDA NACIONAL A 700,000 UDIS

El solicitante, coacreditado y/o deudor solidario (si los hay) declaran que conocen el contenido, alcance y fuerza legales de las reglas generales para la diversificación de riesgos en la realización de operaciones activas y pasivas, aplicables a las instituciones de crédito, y que al momento de firma de la presente solicitud, no le resulta aplicable ninguno de sus supuestos y que en caso de que en un futuro les resulte aplicable alguno de ellos, deberá hacerlo del conocimiento de Scotiabank en esta fecha y para efectos informativos, el solicitante, coacreditado y/o deudor solidario (si los hay) reciben el formato de declaración de integración de grupos económicos (personas físicas). Solo si la respuesta es afirmativa.

Finalmente el solicitante, coacreditado y/o deudor solidario (si lo hay) declaran bajo protesta de decir verdad, que los datos asentados en la presente son verídicos y que conocen el alcance y contenido legal del Art. 112 de la Ley de Instituciones de Crédito que se relaciona con los delitos en que incurren las personas que proporcionen información falsa, con el propósito de obtener financiamiento, por lo que consideran innecesaria su transcripción, asimismo el solicitante, coacreditado y/o deudor solidario (si los hay) se comprometen a informar al "Banco" cuando se presenten eventos que modifiquen la situación reportada en este documento.

¿Pertenece a algún Grupo Económico dentro de Scotiabank?*

Sí No

Grupo Económico: _____

BURÓ DE CRÉDITO

El Solicitante, y en su caso, el Coacreditado y/u Obligado Solidario autoriza(n) a Scotiabank y/o a cualquiera de las Entidades que forman o lleguen a formar parte del Grupo Financiero al que pertenece, para que soliciten información sobre su comportamiento e historial crediticio a cualquier Sociedad de Información Crediticia autorizada, y a compartir y proporcionarse entre ellas la información y/o documentación que sobre su historial crediticio obtengan, en el entendido que en este acto manifiesta(n) tener pleno conocimiento: (i) de la naturaleza y alcance de la información que cualquier Sociedad de Información Crediticia les proporcionará, (ii) del uso que harán de dicha información, y (iii) de que podrán realizar consultas periódicas cuantas veces consideren necesarias durante todo el tiempo en que mantengan una relación jurídica. Asimismo, el Solicitante, y en su caso, el Coacreditado y/u Obligado Solidario autoriza(n) a Scotiabank y/o a cualquiera de las Entidades que forman o lleguen a formar parte del Grupo Financiero al que pertenece a conservar y aprovechar para los fines propios de su objeto, la presente Solicitud y/o la información que en la misma se contiene. La presente autorización será vigente durante el tiempo en que exista la relación jurídica entre el Solicitante, y en su caso, el Coacreditado y/u Obligado Solidario y Scotiabank y/o cualquiera de las Entidades que forman o lleguen a formar parte del Grupo Financiero al que pertenece o bien por un plazo de un año contado a partir de su otorgamiento y hasta dos años adicionales, este último si el Solicitante, y en su caso, el Coacreditado y/u Obligado Solidario, no manifiesta(n) la revocación de su consentimiento a través de los medios establecidos en el Aviso de Privacidad de Scotiabank.

Si No


Firma del Solicitante

Lugar y Fecha: PACHUCA, HIDALGO A 29 ABRIL 2026

Si No

Firma del Coacreditado y / u Obligado Solidario (en su caso)

Lugar y Fecha: _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo a Scotiabank Inverlat, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Scotiabank Inverlat ("Scotiabank"), para que realice prospección comercial y me envíe información y promociones sobre productos y servicios. Esta autorización puede revocarse y por lo tanto puede modificarse, para lo cual Scotiabank, me (nos) ha informado que deberá llamar al Centro de Atención Telefónica de dicha Institución al teléfono 55 5728 1900 y 800 704 5900 para manifestar mi (nuestra) nueva voluntad.

Si No


Firma del Solicitante

Lugar y Fecha: PACHUCA, HIDALGO A 29 ABRIL 2026

Si No

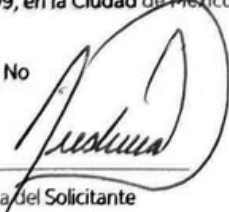
Firma del Coacreditado y / u Obligado Solidario (en su caso)

Lugar y Fecha: _____

Autorizo Scotiabank para que mis datos personales sean transferidos con las Entidades del Grupo Financiero Scotiabank Inverlat y/o The Bank of Nova Scotia, a efecto de que éstas realicen prospección comercial y me ofrezcan productos y servicios adicionales a los Productos y/o Servicios que estoy solicitando, y sé que cuento con el derecho innegable de contratar cualesquiera de ellos a través de un tercero independiente.

Scotiabank informa al Solicitante y en su caso, al Coacreditado y/u Obligado Solidario, que sus datos personales son recabados con las siguientes finalidades: (i) comercializar los productos y servicios ofrecidos por Scotiabank, filiales y/o subsidiarias; (ii) dar cumplimiento a la relación contractual con el Titular y; (iii) para la prestación de los productos y servicios financieros contratados con Scotiabank, filiales y/o subsidiarias. Asimismo, informamos al Solicitante, y en su caso, al Coacreditado y/u Obligado Solidario que puede(n) consultar el aviso de privacidad integral visitando nuestra página web www.scotiabank.com.mx, o en cualquiera de nuestras sucursales. Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 1, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11009, en la Ciudad de México.

Si No


Firma del Solicitante

Lugar y Fecha: PACHUCA, HIDALGO A 29 ABRIL 2026

Si No

Firma del Coacreditado y / u Obligado Solidario (en su caso)

Lugar y Fecha: _____