

# SOLICITUD CRÉDITO HIPOTECARIO

# Scotiabank

Llenar con letra de molde, sin tachaduras ni enmendaduras

FOLIO |

## CRÉDITO SOLICITADO

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>PRODUCTO / DESTINO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Adquisición <input type="checkbox"/> Construcción<br><input type="checkbox"/> Preventa <input type="checkbox"/> Renovación<br><input type="checkbox"/> Cofinavit <input type="checkbox"/> Renovación + Adquisición<br><input type="checkbox"/> CI + CB Scotia <input type="checkbox"/> Pago de Pasivos<br><input type="checkbox"/> Fovissste <input type="checkbox"/> Pago de Pasivos + Renovación<br><input type="checkbox"/> Liquidez    Apoyo INFONAVIT <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No<br>Otros Especificar > | <b>ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Pagos Oportunos <input type="checkbox"/> Valora <input type="checkbox"/> 7 x 5<br>Plazo (años) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7<br><input type="checkbox"/> 10 <input checked="" type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20<br><input checked="" type="checkbox"/> Comisión Contratación - crédito <input type="checkbox"/> Penalización por pago anticipado de crédito | <b>TIPO DE PROPIEDAD</b><br><input type="checkbox"/> Casa Sola<br><input type="checkbox"/> Casa en Condominio<br><input checked="" type="checkbox"/> Departamento<br><input type="checkbox"/> Otro Especificar > | <b>USO DE LA VIVIENDA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Principal<br><input type="checkbox"/> Descanso<br><input type="checkbox"/> Inversión<br><input type="checkbox"/> Liquidez |
|---|--|--|--|

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>MONTO DEL CRÉDITO EN MONEDA NACIONAL</b><br>\$ > \$ 2,020,000.00 | <b>VALOR APROXIMADO DEL INMUEBLE</b><br>\$ > \$ 4,800,000.00 | <b>% APROXIMADO DEL FINANCIAMIENTO SOBRE EL INMUEBLE</b><br>% > 42% |
|---|--|---|

## DATOS PERSONALES

Favor de utilizar apellidos de soltero (a) \_\_\_\_\_

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Apellido Paterno ><br>ARIZPE                                | Apellido Materno ><br>BRAVO   | Nombre(s) ><br>ANA BERTHA                                     | Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino  |
| R.F.C. ><br>AIBA630726UHA                                   | CURP ><br>AIBA630726MPLRRN09  | Edad<br>Años > 62    Meses > 7                                | Fecha de nacimiento ><br>Día > 26    Mes > 07    Año > 1963  |
| País ><br>MÉXICO  | Nacionalidad <input checked="" type="checkbox"/> Mexicana<br><input type="checkbox"/> Extranjera  | Escolaridad    Maestría / Doctorado<br>Preparatoria           | Licenciatura    Pasante    Carrera Comercial<br><input checked="" type="checkbox"/> Otro Especifique > Especialidad Infectología |
| Correo Electrónico ><br>anaarizpe@hotmail.com               | Celular ><br>2224553616   | No. Identificación /Clave INE ><br>1153013250329              | Tipo de Identificación ><br>INE  |
| País emisor de la Identificación ><br>MÉXICO                | Vigencia identificación ><br>31/12/2032   | NSS >   |  |
| Núm. Dependientes Económicos > 0                            | Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Otro Especifique > | Régimen Conyugal    Sociedad Conyugal<br>Separación de Bienes |  |
| Nombre del Cónyuge (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)) > |   | R.F.C. >  | CURP >   |

## DOMICILIO ACTUAL

|   |   |   |                          |
|---|---|---|--------------------------|
| Calle ><br>PV 29 A SUR  | Núm. Ext./Int. ><br>3954 A  | Colonia / Fraccionamiento ><br>GRANJAS ATOYAC | Código Postal ><br>72410 |
| Alcaldía o Municipio ><br>PUEBLA  | Ciudad ><br>PUEBLA  | Estado ><br>PUEBLA                            | País >                   |
| Tiempo de Residencia (años, meses)<br>En el Domicilio > 6    En la Población > 62 | Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input checked="" type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Familiares<br><input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otro Especifique > | Lada / Teléfono >                             |                          |

## EMPLEO ACTUAL

Sector Laboral     Empleado Público     Independiente     Propietario Empresa/Inversionista     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"/> Profesionalista Independiente                             |
| <input type="checkbox"/> Agricultor, Ganadero        | <input type="checkbox"/> Director General o Presidente (Empresa Grande) | <input type="checkbox"/> Guardia Uniformado           | <input checked="" 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                                       |

**ACTIVIDAD TRIBUTARIA**

Sueldos y salarios  
 Ingresos por Dividendos (Socios y Accionistas)  
 Honorarios o Servicios Profesionales  
 Otra Especifique > RESICO CONSULTORIOS DE MEDICINA

**DOMICILIO FISCAL (DE ACUERDO A LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL VIGENTE)**

|                                  |  |  |                        |
|----------------------------------|--|--|------------------------|
| Calle ∨<br>AVENIDA KEPLER        | Núm. Ext./Int. ∨<br>2143 Consultorio 100 | Colonia / Fraccionamiento ∨<br>RESERVA TERRITORIAL ATLIXCAYOTL | Código Postal<br>72190 |
| Alcaldía o Municipio ∨<br>PUEBLA | Ciudad ∨<br>PUEBLA                       | Estado ∨<br>PUEBLA   | País ∨<br>México       |

**EMPLEO ACTUAL**

|   |   |  |
|---|---|--|
| Nombre de la Empresa ∨<br>ANA BERTHA ARIZPE BRAVO | Giro de la Empresa ∨<br>SALUD               | Puesto / Cargo ∨<br>DOCTORA INFECTOLOGA  |
| Antigüedad<br>Años > 20    Meses > 2              | Lada / Teléfono / Extensión ∨<br>2222468778 | Tipo de contrato laboral<br><input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input checked="" type="checkbox"/> Independiente<br><input type="checkbox"/> Otro Especifique > |

**DOMICILIO DE LA EMPRESA**

|                                  |  |  |                          |
|----------------------------------|--|--|--------------------------|
| Calle ∨<br>AV KEPLER             | Núm. Ext./Int. ∨<br>2143 Consultorio 100 | Colonia / Fraccionamiento ∨<br>RESERVA TERRITORIAL ATLIXCAYOTL | Código Postal ∨<br>72190 |
| Alcaldía o Municipio ∨<br>PUEBLA | Ciudad ∨<br>PUEBLA                       | Estado ∨<br>PUEBLA   | País ∨<br>MÉXICO         |

**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<br>Años >    Meses > | Lada / Teléfono / Extensión ∨ | Tipo de contrato laboral<br><input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Independiente<br><input type="checkbox"/> Otro Especifique > |

**REFERENCIAS BANCARIAS**

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| DEPÓSITOS / INVERSIONES / VALORES / CHEQUES / AHORROS |                             |
| Tipo de Cuenta ∨<br>CUENTA DE CHEQUES                 | Institución ∨<br>SCOTIABANK |
| INVERSION   | SCOTIABANK                  |

**CRÉDITOS ACTUALES**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| TARJETA, AUTOMOTRIZ, PERSONAL, HIPOTECARIO, OTRO |                            |
| Tipo de Crédito ∨<br>HIPOTECARIO                 | Institución ∨<br>SANTANDER |
|  | 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

**DATOS DEL**  COACREDITADO  OBLIGADO SOLIDARIO

|  |                                  |  |   |
|--|----------------------------------|--|---|
| Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))                    |                                  | R.F.C.   | CURP  |
| Edad<br>Años > Meses >   | Fecha de nacimiento              | Lugar de Nacimiento  | Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana<br><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)<br>Otro Especifique > |   |
| DOMICILIO <input type="checkbox"/> Mismo del Acreditado<br>Calle |                                  | Núm. Ext./Int.   | Colonia / Fraccionamiento   |
| Alcaldía o Municipio   | Código Postal                    | Estado   | Lada / Teléfono   |

Sector Laboral  Empleado Público  Independiente  Propietario Empresa/Inversionista  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<br>Años > Meses > |

**REFERENCIAS BANCARIAS DEL COACREDITADO/OBLIGADO SOLIDARIO**

DEPÓSITOS / INVERSIONES / VALORES / CHEQUES / AHORROS

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| Tipo de Crédito | 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?

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

**INGRESOS**Consolidar Ingresos  Si  No**INGRESOS MENSUALES**

|   |  |
|---|--|
| SOLICITANTE Fijo comprobable antes de impuesto \$ 120,000 | COACREDITADO Fijo comprobable antes de impuesto \$ _____ |
| Otros ingresos comprobables \$ _____                      | / OBLIGADO Otros ingresos comprobables \$ _____          |
| Fuente _____  | SOLIDARIO Fuente _____                                   |
| Total ingresos brutos \$ 120,000                          | Total ingresos brutos \$ _____                           |

**REFERENCIAS PERSONALES**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>PERSONAL</b><br>(No Familiar) Apellido Paterno <input type="checkbox"/> HERNANDEZ        | Apellido Materno <input type="checkbox"/> ENRIQUEZ | Nombre (s) <input type="checkbox"/> JUAN PABLO |
| Tiempo de Conocerlo > 30 años   | Lada / Teléfono / Extensión >                      | Casa >   |
| Oficina >   | Celular > 2221144930                               |  |
| <b>FAMILIAR</b><br>(Que no viva con usted) Apellido Paterno <input type="checkbox"/> ARIZPE | Apellido Materno <input type="checkbox"/> BRAVO    | Nombre (s) <input type="checkbox"/> CONCEPCIÓN |
| Parentesco > HERMANA  | Lada / Teléfono / Extensión >                      | Casa >   |
| Oficina >   | Celular > 2227084338                               |  |

**BIENES A NOMBRE DEL CLIENTE**

|  |  |
|--|--|
| <b>INMUEBLE</b><br>TIPO Valor estimado \$ 2000000<br><input type="checkbox"/> Casa - Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Terreno<br><input checked="" type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Local Comercial <input type="checkbox"/> Otro Especificar > | TIPO Valor estimado \$ _____<br><input type="checkbox"/> Casa - Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Terreno<br><input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Local Comercial <input type="checkbox"/> Otro Especificar > |
| <b>AUTO</b><br>Marca <input type="checkbox"/> Modelo <input type="checkbox"/> Valor Estimado \$ _____  | Marca <input type="checkbox"/> Modelo <input type="checkbox"/> Valor Estimado \$ _____   |
| <b>CUENTA PARA EL MANEJO DEL CRÉDITO (SI YA LA TUVIERA APERTURADA)</b>   |  |
| Núm de cuenta de cheques <input type="checkbox"/> 03606916406  | Tiene servicios de <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/> Servicios <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno  |
| Desea tramitar la tarjeta de Crédito Scotiabank <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No   | Antigüedad como cliente (en años) > 20   |

**ENGANCHE**

Monto del enganche\* > \$ 2,780,000.00

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:

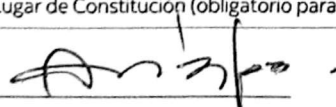
Nombre completo o Razón social (sin abreviaturas) >

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) >

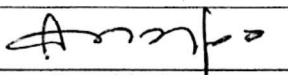
Naturaleza de la relación con solicitante > R.F.C. con homoclave >

Negocio u ocupación principal > Fecha de nacimiento o constitución >

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

  
Firma del Solicitante

**PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA (PPE) SOLICITANTE**

|   |   |
|---|---|
| ¿Es usted o fué una PPE?   Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>   |   |
| 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 Políticamente Expuesta mantenga vínculos patrimoniales.) <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> 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 >     |
| <br>Firma del Solicitante  |   |
| <u>20 / febrero / 2026</u><br>Fecha   |   |

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

|  |   |
|--|---|
| ¿Es usted o fué una PPE? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  |   |
| 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 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 Políticamente Expuesta mantenga vínculos patrimoniales.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 > |
| _____<br>Firma del Coacreditado y/o Obligado Solidario   |   |
| _____<br>Fecha   |   |

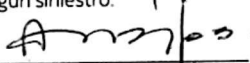
**ANTECEDENTES MÉDICOS** (Llenar sólo en caso de que los seguros se contraten a través de Scotiabank Inverlat, S.A.)

|  | Titular  | Coacreditado  | Obligado Solidario                                      |
|--|--|---|---|
| Contestar las siguientes preguntas:  |  |   |   |
| 1. ¿Ha tenido variaciones en la presión arterial? (Hipertensión/ Hipotensión)  | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Tiene o ha tenido cáncer o tumores de cualquier tipo?  | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Padece o ha padecido Diabetes Mellitus?  | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <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. Cabe hacer mención que 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

---

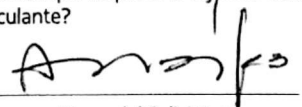
 Firma del Coacreditado y / u Obligado Solidario (en su caso)
**PERSONALIDAD JURÍDICA**

El solicitante, coacreditado y/o deudor solidario (si los hay), manifiestan 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 Inverlat, S.A. o a su representante a verificar la autenticidad de los mismos en cualquier momento que lo juzgue necesario.

 Sí  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 valuador 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 Inverlat, S.A. le extienda una oferta vinculante?

 Sí  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 Inverlat, S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Scotiabank Inverlat (En lo sucesivo "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 valuador, 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 tendrá una penalización 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

(Inclusive 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
- Pólizas de de seguros de vida con desempleo y daños. (sólo aplica en caso de que el cliente decida contratar con un tercero independiente)

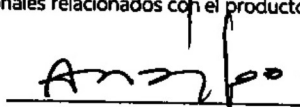
### Requisitos

- 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](http://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

El Solicitante desde ahora acepta y manifiesta su consentimiento en que podrá recibir ofrecimientos de productos y/o servicios financieros ofrecidos por Scotiabank Inverlat, S.A., o por cualesquiera de las Entidades que formen parte de Grupo Financiero o Económico, que se encuentren o pudieran encontrarse ligados o ser adicionales a los productos y/o servicios solicitados, haciéndose sabedor de que cuenta con el derecho innegable de contratar cualesquiera de ellos a través de un tercero. De igual forma, manifiesta su aceptación en que Scotiabank Inverlat, S.A., podrá compartir información del Solicitante con cualesquiera de las Entidades que formen parte de su Grupo Financiero o Económico que le ofrezcan otro tipo de productos y servicios adicionales relacionados con el producto o servicio que está solicitando.

  
Firma del Solicitante

### 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 Inverlat, S.A. 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 incurrir 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 Inverlat, S.A.?

Sí  No

El Grupo Financiero Scotiabank Inverlat (GFSBI), te informa que tus datos personales son recabados con las siguientes finalidades: comercializar los productos y servicios ofrecidos por GFSBI, filiales y/o sus subsidiarias; actualizar los registros y programas de sistemas de GFSBI, filiales y/o subsidiarias. Así mismo te informamos que puedes consultar el aviso de privacidad integral visitando nuestra página web: [scotiabank.com.mx](http://scotiabank.com.mx), o en cualquiera de nuestras sucursales. Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 1 Col. Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo México, CDMX C.P. 110 09.

  
Firma del Solicitante

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

**BURÓ DE CRÉDITO**

El Solicitante, y en su caso el Coacreditado y/u Obligado Solidario, autoriza a Scotiabank Inverlat 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 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 a Scotiabank Inverlat 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 Inverlat 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 no manifiesta la revocación de su consentimiento a través de los medios establecidos en el Aviso de Privacidad de Scotiabank.

  
Firma del Solicitante

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

**AUTORIZACIÓN**

¿Desea que Scotiabank Inverlat S.A. y las entidades del Grupo Financiero le envíen información y promociones sobre nuestros productos y servicios?  Si  No

Asimismo el (los) suscrito(s) está(amos) de acuerdo en que la manifestación efectuada en la presente solicitud, relacionada con la posibilidad de que exista intercambio de información para fines mercadológicos o publicitarios, es revocable y por lo tanto puede modificarse, para lo cual SCOTIABANK INVERLAT, S.A., me (nos) ha informado que deberé llamar al Centro de Atención Telefónica de dicha Institución al tel 55 5728 1900 y 800 704 5900 para manifestar mi (nuestra) nueva voluntad.

Lugar y fecha Puebla, Pue a 20/febrero/2026

\*Grupo económico \_\_\_\_\_