

FECHA: _____ MONTO SOLICITADO: _____ PLAZO (QUINCENAS / SEMANAS): _____
DD/MM/AAAA

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
R.F.C.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	C.U.R.P.
ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ VIUDO ☐ DIVORCIADO ☐ UNIÓN LIBRE					

DATOS DEL CONYUGE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
RÉGIMEN MATRIMONIAL: ☐ SOCIEDAD CONYUGAL ☐ SEPARACIÓN DE BIENES					

DOMICILIO PARTICULAR

CALLE		NÚMERO	COLONIA	CIUDAD
CÓDIGO POSTAL	ESTADO	ANTIGÜEDAD	TELÉFONO	
☐ CASA PROPIA ☐ RENTADA ☐ VIVE CON FAMILIARES VALOR ESTIMADO: _____				

DOMICILIO PARTICULAR

ANTIGÜEDAD: _____ AÑOS PUESTO: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA		CALLE	NÚMERO
COLONIA	CIUDAD Y ESTADO	TELÉFONO	

REFERENCIAS PERSONALES Y FAMILIARES

FAMILIAR 1:	NOMBRE:	TELÉFONO:
FAMILIAR 2:	NOMBRE:	TELÉFONO:
PERSONAL 1:	NOMBRE:	TELÉFONO:
PERSONAL 2:	NOMBRE:	TELÉFONO:

DATOS FINANCIEROS

SUELDO ACTUAL QUINCENAL / SEMANAL: _____ OTROS INGRESOS: _____

DATOS FINANCIEROS

En caso de fallecimiento del CLIENTE que se encuentre cumpliendo con sus obligaciones de pago, el CLIENTE tiene contratado un seguro cuyo beneficiario es SOLUCIONES ARLAV, S.A.P.I. de C.V. SOFOM E.N.R., el cual liberará al CLIENTE del saldo que presente la cuenta a la fecha del deceso, teniendo como máximo, el límite de crédito otorgado. Para hacer efectivo el seguro, los interesados deberán presentar a la Institución notificación escrita y copia certificada del acta de defunción en un plazo no mayor a 15 días naturales desde la fecha de fallecimiento del CLIENTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE Y CONSULTA DE HISTORIAL CREDITICIO (PERSONAS FÍSICAS)

Por este medio autorizo (amos) expresamente a SOLUCIONES ARLAV, S.A.P.I. de C.V. SOFOM E.N.R., para que por conducto de sus funcionarios y / o empleados autorizados solicite y obtenga de la sociedad y/ o sociedades de información crediticia que considere conveniente, los informes y/o reportes de historial crediticio necesarios sobre las operaciones crediticias y otras de naturaleza análoga en las que el suscrito haya o esté interviniendo.

Así mismo, declaro que conozco la naturaleza y el alcance de la información que se solicitara, del uso que se hará de tal información, así como de las consultas periódicas que SOLUCIONES ARLAV, S.A.P.I. de C.V. SOFOM E.N.R. realizara, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por un periodo de 3 años a partir de la fecha de su expedición y en el entendido de que permanecerá vigente mientras exista relación jurídica con el suscrito. Asimismo, manifiesto que esta operación la llevo a cabo exclusivamente por mi cuenta y de ninguna forma en nombre de una tercera persona. Autorizo a la empresa a obtener copia de mi constancia de la clave única de registro de población (c.u.r.p)

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE