

Producto: _____ Folio: _____

Bien inmueble distinto al actual: Casa Departamento Local **Vehículos:** Marca _____ Año _____
 Totalmente Pagado Parcialmente Pagado
 Terreno Sin bien Otro Totalmente Pagado Parcialmente Pagado Marca _____ Año _____
 Totalmente Pagado Parcialmente Pagado

REFERENCIAS PERSONALES						
Tipo de Referencia	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s) sin abreviaturas	Correo electrónico	Tel. Casa con lada	Celular
Familiar 1						
Familiar 2						
No Familiar 1						
No Familiar 2						

INFORMACIÓN PERSONAL DEL (marque con una X según aplique) COACREDITADO OBLIGADO SOLIDARIO Parentesco _____

En caso de que el solicitante esté casado por bienes mancomunados y su cónyuge no participe con ingresos, éste último deberá firmar la solicitud de crédito y contrato como garante hipotecario; si el solicitante está casado por bienes mancomunados y su cónyuge participa con ingresos, éste último deberá firmar la solicitud de crédito y contrato como coacreditado; en caso de tener edad menor a 25 años, se deberá contar con un obligado solidario Mexicano entre 25 y 65 años, y si el obligado solidario está casado por bienes mancomunados, su cónyuge deberá firmar la solicitud de crédito y el contrato.

Nombre: _____
 Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) sin abreviaturas _____

En caso de haber tenido otro nombre anteriormente, favor de indicarlo: _____
 Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) sin abreviaturas _____

RFC: _____ **Homoclave:** _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **País de nacimiento:** _____
 dd / mm / aaaa

Edad: _____ **CURP:** _____ **Tipo de identificación:** _____ **Número de identificación:** _____

Nacionalidad: Mexicana Entidad Federativa de nacimiento _____
 Extranjera Especifique _____
Género: Masculino Femenino
Estado civil: Soltero Casado Otro _____
Régimen matrimonial: Bienes mancomunados Bienes separados

Número de Serie de Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella): _____ **No. IMSS del solicitante:** _____

Escolaridad: Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Posgrado Sin estudios **Correo electrónico:** _____

Domicilio particular en México: _____
 Calle / Avenida / Vía _____ Número Exterior _____ Número Interior _____ Colonia / Urbanización _____
 Delegación / Municipio / Demarcación Política _____ Ciudad / Población _____ Entidad Federativa / Estado / Provincia _____ Código Postal _____

Teléfono Casa 01: _____ (LADA) _____ (Número) _____ **Celular:** _____ (LADA) _____ (Número) _____ **Otro teléfono 01:** _____ (LADA) _____ (Número) _____

Antigüedad en el domicilio: Actual (años) _____ Anterior (años) _____

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre o razón social de la empresa: _____

Tipo de contrato: Temporal Definitivo **Actividad/Giro:** Comercio Industria Servicios Agropecuario Construcción
Puesto/Ocupación: Empleado Funcionario Directivo Socio/Dueño/Propietario **Actividad específica:** _____
 Profesionalista independiente Pensionado/Jubilado Otro _____

Domicilio laboral en México: _____
 Calle / Avenida / Vía _____ Número Exterior _____ Número Interior _____ Colonia / Urbanización _____
 Delegación / Municipio / Demarcación Política _____ Ciudad / Población _____ Entidad Federativa / Estado / Provincia _____ Código Postal _____

Teléfono Laboral 01: _____ (LADA) _____ (Número) _____ **Extensión:** _____ **Antigüedad en el empleo:** Actual (años) _____ Anterior (años) _____

INFORMACIÓN FINANCIERA Y BANCARIA

Ingreso Bruto Mensual Fijo: _____	Otros Ingresos: _____				
Fuente de Otros Ingresos: _____	Total Ingresos: _____				
Egresos por Créditos:					
Institución	Tipo de Crédito	No. de Cuenta	Fecha de Apertura	Saldo Actual	Pago Mensual
Referencias Comerciales y/o Bancarias:					
Tipo de Crédito		Compañía o Banco		No. de Cuenta	

Bien inmueble distinto al actual: Casa Departamento Local **Vehículos:** Marca _____ Año _____
 Totalmente Pagado Parcialmente Pagado
 Terreno Sin bien Otro Totalmente Pagado Parcialmente Pagado Marca _____ Año _____
 Totalmente Pagado Parcialmente Pagado

Producto: _____ Folio: _____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE CRÉDITO

El (Los) solicitante(s) manifiesta(n) bajo protesta que para efectos de la presente Solicitud actúa(n) a nombre y por cuenta propia y que al firmarla certifica (n) la veracidad de la información contenida en la misma. Así mismo, mediante su firma el (los) solicitante(s) manifiesta(n) conocer y entender los alcances de la presente solicitud así como los términos y condiciones del crédito solicitado.

 Nombre y firma del solicitante Nombre y firma del cónyuge (en caso de participar como garante) Nombre y firma del coacreditado Nombre y firma del obligado solidario

AUTORIZACIÓN DE MERCADEO

Autorizo (autorizamos) a HSBC México, S.A. Institución de Banca Múltiple Grupo Financiero HSBC, a compartir documentación e información financiera, comercial, operativa, de historial o información crediticia y de cualquier otra naturaleza que le sea proporcionada por mí (nosotros) o por terceros con mi (nuestra) autorización a cualquiera de las entidades financieras del Grupo Financiero HSBC, subsidiarias a nivel nacional e internacional siempre y cuando se trate de subsidiarias del Grupo HSBC, para fines mercadológicos, de evaluación crediticia y estadística. Autorizo (Autorizamos) a HSBC México, S.A. Institución de Banca Múltiple Grupo Financiero HSBC y a los demás miembros del Grupo Financiero HSBC para que envíen a mi (nuestro) domicilio, publicidad de los productos y servicios que ofrezcan al público en general, así como para que la información contenida en la presente Solicitud se utilice con fines de mercadeo o publicidad. Sí No

 Nombre y firma del solicitante Nombre y firma del cónyuge (en caso de participar como garante) Nombre y firma del coacreditado Nombre y firma del obligado solidario

AUTORIZACIÓN BURÓ DE CRÉDITO

Autorizo (Autorizamos) a HSBC México, S.A. Institución de Banca Múltiple Grupo Financiero HSBC y a los demás miembros del Grupo Financiero HSBC para que directamente o por conducto de cualquier Sociedad de Información Crediticia solicite(n), obtenga(n) o verifique(n) en el presente o en el futuro y cuantas veces considere necesario toda la información crediticia de el (los) suscrito(s). Hago (hacemos) constar que tengo (tenemos) pleno conocimiento de la naturaleza y alcance de la información que se solicitará, del uso que se hará de tal información y del hecho de que se podrán realizar consultas periódicas de mi (nuestro) historial crediticio, conforme a lo establecido en el artículo 28 de la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia a que deban sujetarse las mencionadas Sociedades de Información Crediticia. La presente autorización tendrá el carácter de irrevocable y se encontrará vigente por tres años o por más tiempo mientras exista una relación jurídica entre ambos o existan obligaciones pendientes a mi (nuestro) cargo derivada de dicha(s) operación(es).

 Nombre y firma del solicitante Nombre y firma del coacreditado Nombre y firma del obligado solidario

OFERTA VINCULANTE

Para la expedición de una Oferta Vinculante no se requerirá de la presentación de los documentos necesarios para la contratación de Crédito Garantizado a la Vivienda, sino hasta el momento de la aceptación de la Oferta Vinculante correspondiente. HSBC México S. A. Institución de Banca Múltiple Grupo Financiero HSBC, estará obligada a otorgar el Crédito Garantizado a la Vivienda en los términos y condiciones que se establezcan en la Oferta Vinculante, 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 la entidad le extienda una Oferta Vinculante?** Sí No

En caso de que su respuesta sea positiva, para obtener su formato de Oferta Vinculante deberá solicitarla al Ejecutivo de Sucursal y/o Centro Hipotecario de forma impresa.

 Nombre y firma del solicitante

INFORMACIÓN GENERAL DEL CRÉDITO

El Banco se reserva el derecho de no conceder el crédito en cualquier etapa del trámite. La diferencia entre el precio de venta y el importe del crédito deberá ser cubierto por el solicitante con sus propios recursos. El solicitante se da por enterado de que los gastos de escrituración, inscripción en el Registro Público, Cancelación de Hipoteca, Seguro de Vida y Daños, avalúo, inspección de obra, comisiones y gastos de investigación son por cuenta del solicitante. El solicitante acepta y otorga su conformidad para que esta operación se trámite sin compromiso para la Institución. En caso de rechazo, la institución no está obligada a explicar las causas que motivaron la declinación de la solicitud.

DATOS DEL INMUEBLE A FINANCIAR (EN CASO DE QUE ESTÉ DISPONIBLE)

Uso del inmueble: Casa Habitación Vacacional / Descanso Renta Oficinas Comercial Otro | Tipo de inmueble: Nuevo Usado

Valor estimado del inmueble: _____ Superficie (m2): Terreno _____ (m2) de Construcción: _____ Porcentaje de Financiamiento: _____

Nombre del vendedor: _____ Teléfono Casa 01: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) sin abreviaturas

Domicilio del vendedor _____
 Calle / Avenida / Vía Número Exterior Número Interior Colonia / Urbanización

Delegación / Municipio / Demarcación Política Ciudad / Población Entidad Federativa / Estado / Provincia Código Postal

Producto: _____ Folio: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE HSBC

Nombre: _____		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s) sin abreviaturas
Teléfono 01: _____	No. de Promotor: _____	Nombre sucursal /CH: _____
(LADA)	(Número)	
Correo electrónico: _____	Subdirección: _____	Plaza: _____
Fecha: _____ / _____ / _____		
dd / mm / aaaa		
Firma: _____		

DOCUMENTACIÓN MÍNIMA DEL SOLICITANTE

- Original de la Solicitud debidamente requisitada por todos los participantes del crédito
- Copia de identificación oficial de todos los participantes por ambos lados
- En caso de que el acreditado viva en unión libre y su pareja participe como coacreditado o garante hipotecario, deberán enviar el acta de nacimiento de un hijo de los participantes en común ó en caso de no existir hijos de por medio, carta de concubinato
- Copia del Acta de Matrimonio del Acreditado, Coacreditado y/u Obligado Solidario, en su caso, cuando cualquiera de los participantes de crédito manifieste estar casado
- Copia de los Comprobantes de Ingresos del Acreditado y Coacreditado
- Copia del Comprobante de Domicilio, 3 meses de antigüedad o 2 periodos de facturación (Teléfono, emitidos por telefonía fija; Agua; Predial; Luz; Gas; Televisión por Cable; Estados de Cuenta Bancarios) del Acreditado, de Coacreditado(s) y/o del (los) Obligado(s) Solidario(s)
- Relación Patrimonial del Obligado Solidario, cuando el solicitante tenga edad menor a 25 años
- Cuestionario médico del acreditado y coacreditado debidamente firmado, en caso de que el seguro de vida sea contratado con HSBC
- Oferta Vinculante en su caso
- Carta de Instrucción Irrevocable Art. 43 bis (en caso de INFONAVIT)

DOCUMENTACIÓN MÍNIMA DEL INMUEBLE

- Copia de los planos arquitectónicos del inmueble
- Copia del comprobante de pago del predial y agua
- Copia del título de propiedad con sello de inscripción en el RPPC (Registro Público de la Propiedad y del Comercio)
- Copia del régimen de propiedad en condominio con sello, en caso de no estar incluido en las escrituras
- En caso de que el inmueble esté gravado se requiere: Original y copias de la Carta de cancelación de hipoteca de la Institución
- Aviso de terminación de obra (en caso de vivienda nueva)
- Escritura de condominio y tabla de indivisos (en su caso)

IMPORTANTE

- El monto máximo de ingresos que se le podrá considerar al coacreditado no podrá ser mayor al ingreso del titular
- Para Cofinavit debe calificar como sujeto de préstamo por el INFONAVIT y no haber utilizado nunca un crédito del INFONAVIT
- Para Apoyo Infonavit, deberá contar con relación laboral vigente y no tener un crédito activo con el INFONAVIT
- Para Alia2 Plus y Respalda2 podrán participar trabajadores en activo al servicio del Estado que cotizan en el FOVISSSTE, que reúnan los siguientes requisitos:
 - Ser empleado base
 - No haber sido beneficiados anteriormente con un crédito hipotecario (como prestación del ISSSTE)
 - Tener como mínimo 9 bimestres de aportaciones en la subcuenta de vivienda del SAR (Sistema de Ahorro para el Retiro)

REQUISITOS MÍNIMOS QUE DEBE CUMPLIR EL SOLICITANTE

- Edad mínima del acreditado 25 años (y coacreditado 21 años), y la edad máxima a más el plazo del crédito no deberá exceder los 80 años al momento de la autorización del crédito
- Antigüedad mínima en el empleo actual para Asalariados: 1 mes con nómina contratada en HSBC, 6 meses si no tiene Nómina en HSBC.
- Antigüedad mínima de operación comprobable de 2 años para No Asalariados
- Antigüedad mínima en el domicilio actual de un año, o dos años mínimo, considerando el domicilio actual más el anterior
- Contar con buenas referencias crediticias (no requeridas para el coacreditado). En caso de contar con ellas, también deberán ser buenas
- Ser Persona Física de nacionalidad Mexicana o extranjera con FM2 o forma migratoria de inmigrante/inmigrado y pasaporte vigente
- En caso de estar casado por bienes mancomunados, el cónyuge deberá firmar la solicitud de crédito así como el contrato como coacreditado (en caso de participar con ingresos) o garante hipotecario (si no participa con ingresos) y entregar la documentación requerida
- Cuando el solicitante tenga edad menor a 25 años debe contar con un Obligado Solidario (de nacionalidad Mexicana, 25 a 65 años), quien deberá entregar la documentación requerida
- El coacreditado podrá ser cónyuge o padres (excepto para crédito de Liquidez)
- Ingresos mínimos de \$10,000 pesos mensuales brutos para el Titular y \$5,000 pesos mensuales para el Coacreditado
- En caso de solicitar un programa con INFONAVIT o FOVISSSTE, deberá cumplir con los requisitos establecidos en el mismo
- Al momento de la firma del contrato de crédito es necesario que el cliente cuente con un seguro de daños que ampare al inmueble objeto del crédito, así como con un seguro de vida y desempleo que ampare el monto total del crédito y donde HSBC México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC sea el beneficiario preferente e irrevocable. Dicho seguro de vida y desempleo involuntario podrá ser contratado con HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, o con cualquier institución de seguros reconocida y autorizada en México. Para daños, la contratación del seguro será con AXA Seguros S.A. de C.V. o con cualquier institución de seguros reconocida y autorizada en México, pues es un derecho del cliente contratarlos a través de un tercero independiente
- Para la contratación del Seguro de Vida el cliente deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad que de acuerdo a su edad, suma asegurada, ocupación y estado de salud le sean solicitados por HSBC Seguros de acuerdo a su política de suscripción vigente.

RIESGOS INHERENTES

- Incumplir sus obligaciones le puede generar comisiones
- Contratar créditos que excedan su capacidad de pago afecta su historial crediticio
- El obligado solidario o coacreditado responderá como obligado principal por el total del pago frente a la Institución Financiera

**SEGURO DE VIDA GRUPO PARA OPERACIONES FINANCIERAS
CUESTIONARIO MÉDICO**

 Contratante: **HSBC México, S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC**

 Póliza No. _____
 Certificado No. _____

Nombre del solicitante: _____
 Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) sin abreviaturas _____

Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa _____ **Sexo:** Masculino Femenino **Estado civil:** _____

Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado): _____ **Ocupación / Actividad:** _____ **Descripción de Ocupación / Actividad:** _____ **Peso (kg):** _____
 _____ **Estatura:** _____

CUESTIONARIO MÉDICO
1. ¿Padece o ha padecido alguna de estas enfermedades?

Sí No

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Corazón, circulación, presión arterial alta o alguna otra enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Enfisema, tuberculosis o alguna otra enfermedad del pulmón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Cáncer, tumores malignos, leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Hígado, riñones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) SIDA o está infectado por el síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Enfermedades de los ojos (excepto miopía y astigmatismo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Enfermedades de los oídos (sordera o enfermedad de meniere) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Huesos (excepto luxaciones), problemas de columna, articulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Enfermedades mentales, parálisis, convulsiones, meningitis, depresión severa, epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Tiene pendiente o programada alguna intervención quirúrgica?

3. ¿Usa drogas o estupefacientes?

4. ¿Tiene alguna incapacidad o invalidez declarada y/o recibe actualmente pensión por incapacidad o invalidez?

5. ¿Le falta un miembro o parte de él?

6. ¿Tiene alguna deformidad?

7. ¿Ha consultado al médico por infecciones de transmisión sexual?

8. ¿Se le ha aplicado sangre o sus derivados por transfusión en los últimos 5 años?

9. Si el solicitante es mujer, ¿actualmente está usted embarazada y tiene más de 3 meses de embarazo?

10. ¿Es usted piloto, fumigador, minero, buzo, instalador de antenas y elevadores, electricista de alto voltaje, torero, boxeador, policía, agente de seguridad, guardaespaldas, trabaja con material explosivo o en plataformas marinas o tiene cualquier otra ocupación o practica deporte con actividad similar a las anteriores?

En caso afirmativo de cualquiera de las preguntas anteriores, especifique el nombre del (los) médicos tratante(s), su teléfono y dirección. De igual forma mencione el padecimiento, así como el (los) hospital(es) o clínica(s) en el (los) que haya ingresado, la fecha, duración y estado.

HISTORIAL FAMILIAR ¿Han padecido sus padres o hermanos?

- | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Insuficiencia renal | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | c) Cáncer | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | e) Epilepsia | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | g) Afecciones cardíacas | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b) Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Demencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

En caso de respuestas afirmativas, ampliar información: Número de pregunta, familiar, enfermedad y estudios, edad del fallecimiento y causa del mismo.

Hago constar que me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y acepto las modificaciones a las cuotas que la aseguradora realice durante la vigencia del seguro. Asimismo, me he informado que tanto los datos proporcionales en esta solicitud, así como los requisitos médicos que la institución considere necesarios, formarán parte de la misma. Para todos los efectos que pueda tener esta declaración, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en el mismo, las he dado personalmente, que son verídicas tal y como las conozco en el momento de firmar este documento. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas en los que haya ingresado para diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC todos los informes que se refieren a mi salud inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, y que a su vez HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento o efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación del seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Asimismo, los libero expresamente de cualquier responsabilidad por secreto profesional.

CLAÚSULA DE CARÁCTER GENERAL CONSENTIMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento y enterado del alcance del aviso de privacidad, autorizo expresamente para que los datos personales, sensibles y financieros o patrimoniales proporcionados, puedan ser utilizados por HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, o por cualquiera de las empresas de las empresas afiliadas y subsidiarias del Grupo HSBC, para los fines descritos, en el aviso de privacidad.

Así mismo manifiesto que HSBC puso a mi disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Sí No

Lugar y fecha: _____

Firma del asegurado

Este cuestionario será aplicable únicamente para las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubiera adquirido el derecho de formar parte del mismo.

La presente documentación no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras, adiciones o modificaciones de cualquier tipo, mismas que se tendrán por no puestas y no surtirán efecto alguno en perjuicio de la institución. HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC Paseo de la Reforma 347, Piso 6 Colonia Cuauhtémoc Delegación Cuauhtémoc CP.06500 México, Ciudad de México. 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 25 de marzo del 2014, con el número CNSF-S0077-0186-2014/ CONDUSEF-001435-01.