

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR REPORTES DE CRÉDITO
PERSONAS FÍSICAS / PERSONAS MORALES**

Por este conducto autorizo expresamente a **FIANZAS ASECAM, S.A.**, para que por conducto de sus funcionarios facultados lleve a cabo investigaciones, sobre mi comportamiento crediticio o el de la Empresa que represento, en Trans Union de México, S.A. SIC y/o Dun & Bradstreet, S.A. SIC

Asi mismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitará, del uso que **FIANZAS ASECAM, S.A.** , hará de tal información y de que ésta podrá realizar consultas periódicas sobre mí historial o el de la empresa que represento, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por un período de 3 años contados a partir de su expedición y en todo caso durante el tiempo que se mantenga la relación jurídica.

En caso de que la solicitante sea una Persona Moral, declaro bajo protesta de decir verdad Ser Representante Legal de la empresa mencionada en esta autorización; manifestando que a la fecha de firma de la presente autorización no me han sido revocados, limitados, ni modificados en forma alguna.

Autorización para:	
Persona Física (PF): <input style="width: 50px;" type="text"/>	Persona Moral (PM): <input style="width: 50px;" type="text"/>
Persona Física con Actividad Empresarial (PFAE): <input style="width: 100px;" type="text"/>	

Nombre del solicitante (Persona Física o Razón Social de la Persona Moral): _____ RFC _____

Para el caso de Persona Moral, nombre del Representante Legal: _____ RFC _____

Domicilio (Calle y Número) del solicitante: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Municipio o Deleg: _____ Estado: _____

Teléfono(s): _____ Fecha en que se firma la autorización: _____

Estoy consciente y acepto que este documento quede bajo custodia de FIANZAS ASECAM, S.A. y/o Sociedad de Información Crediticia consultada para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para Regular a Las Sociedades de Información Crediticia; mismo que señala que las Sociedades sólo podrán proporcionar información a un Usuario, cuando éste cuente con la autorización expresa del Cliente mediante su firma autógrafa.

Nombre y Firma de PF, PFAE o Representante Legal de la empresa

Para uso exclusivo de FIANZAS ASECAM, S.A.			
Fecha de consulta: (obligatorio)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Folio de consulta BC: (obligatorio)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Fdo.
Obl.
Acc.

Importante:

- 1.- Este formato debe ser llenado individualmente, para una sola persona Moral ó Física la cual puede ser combinada c/actividad empresarial.
- 2.- Para PF deberán anexar copia fotostática de identificación oficial vigente.
- 3.- Para PM deberán anexar copias fotostáticas de identificación oficial vigente y Poderes del Representante Legal.