

ANEXO A
CARÁTULA DEL CRÉDITO

Nombre comercial del Producto: Contrato Múltiple / [Modalidad].			
Tipo de Crédito: SIMPLE			
CAT (Costo Anual Total)	TASA DE INTERÉS ORDINARIA ANUAL FIJA	MONTO DEL CRÉDITO	MONTO TOTAL A PAGAR
[]%	[]	[]	[]
Sin IVA Para fines informativos y de comparación			
PLAZO DEL CRÉDITO: []	Fecha límite de pago: []		
	Fecha de corte: []		
COMISIONES RELEVANTES			
1.- Comisión por Apertura [] .			
2.- Comisión por Gastos de Investigación [] .			
Para otras Comisiones consulte la Cláusula Tercera y Décima Segunda del Contrato.			
ADVERTENCIAS			
Incumplir con tus obligaciones te puede generar comisiones e intereses moratorios. Contratar créditos que excedan tu capacidad de pago afecta tu historial crediticio.			
SEGUROS			
Seguros Opcionales:	Aseguradoras:	Cláusula Vigésima del Contrato.	
Seguro de Vida e Invalidez total y permanente Si ____ No ____. Costo \$ _____; en una exhibición financiada.	Seguro de Vida e Invalidez total y permanente: [denominación aseguradora]	Advertencias sobre la contratación de los Seguros Opcionales: Si el acreditado no contrata (i) un seguro de vida e invalidez total o permanente; (ii) un seguro de robo de efectivo; (iii) un seguro de desempleo o invalidez; (iv) un seguro de protección integral; (v) un seguro de prevención de diabetes; (vi) un seguro de protección celular; (vii) o cualquier otro seguro que se le ofrezca; en caso de que ocurra alguno de los siniestros amparados por dichos seguros, el Acreditado no podrá reclamar compensación alguna a las aseguradoras que le ofrecieron los seguros antes mencionados. No existe la posibilidad de que la Financiera contrate cualquiera de los seguros enunciados en esta carátula a nombre del Acreditado. En caso de que ocurra el siniestro, la Financiera será la beneficiaria hasta por el saldo del crédito.	
Robo de Efectivo Si ____ No ____. Sin costo, por la adquisición del Seguro de Vida.	Seguro de robo de efectivo: [denominación aseguradora]		
Seguro de Desempleo e Invalidez Si ____ No ____. Costo \$ _____; en una exhibición financiada.	Seguro de Desempleo e Invalidez: [denominación aseguradora]		
Seguro de Protección integral Si ____ No ____. Costo \$ _____; en una exhibición financiada.	Seguro de Protección Integral: [denominación aseguradora]		
Seguro de Prevención de Diabetes Si ____ No ____. Costo \$ _____; en una exhibición financiada.	Seguro de Prevención de Diabetes: [denominación aseguradora]		
Seguro de Protección Celular Si ____ No ____. Costo \$ _____; en una exhibición financiada.	Seguro de Protección Celular: [denominación aseguradora]		
La contratación del seguro es opcional y la cancelación del mismo no implica la cancelación del contrato.			
Estado de Cuenta			
Enviar a: domicilio _____ Consulta: Vía internet _____ Envío por correo electrónico _____			
Aclaraciones y Reclamaciones:			
Unidad Especializada de Atención a Usuarios: Domicilio: Prolongación Paseo de la Reforma 600 – 420, Col. Santa Fe Peña Blanca, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01210, Ciudad de México. Teléfono: 800 823 5848. Correo electrónico: unes@independencia.com.mx Página de Internet: www.independencia.com.mx			
Registro de Contratos de Adhesión Número: Múltiple: 1826-999-038794/05-02127-0825			
Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Teléfono: 800 999 8080 y 555340 0999. Página de Internet: www.gob.mx/condusef .			

"La Financiera"	"El Acreditado"
_____ (Firma del Representante Legal)	_____ (Firma y nombre de "El Acreditado")