

Datos Complementarios Contratante Persona Moral

Formato 5

Número de póliza _____

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

<input type="checkbox"/> Actualización requerida por el contratante o Asegurado	<input type="checkbox"/> Actualización requerida por MetLife México, S.A.		
Datos generales			
Denominación o razón social _____	Nombre comercial _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha de constitución _____	Nacionalidad(es) _____	Registro Federal de Contribuyentes	
Día Mes Año	Folio mercantil (empresas de nacionalidad mexicana)		
Sector económico			
Industria <input type="checkbox"/>	Servicios <input type="checkbox"/>	Actividades agropecuarias <input type="checkbox"/>	Detalle del giro mercantil, actividad u objeto social _____
Gobierno <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Especificar _____	
Domicilio y datos de contacto			
Calle / Avenida _____		Número exterior _____	Número interior _____
Código postal _____	Colonia / Barrio _____	Municipio / Delegación _____	Ciudad / Población _____
Estado _____	País _____		
Teléfono:			
() _____	() _____	@ _____	
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico personal	
Nombre de contacto _____	Posición / Puesto _____	Teléfono de contacto _____	Extensión _____
Correo electrónico laboral @ _____			
Apoderado o representante legal (llenar para empresas nacionales)			
Nombre completo del apoderado o representante Legal que con su firma puede celebrar la operación de que se trate _____			
Nombre(s) _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____	
Nombre(s) _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____	

MetLife México, S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Código postal 11000, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, Teléfono: 5328 7000, Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) www.metlife.com.mx

Perfil Transaccional

(Contestar en caso de contar con producto(s) con componente de inversión o prima excedente y ser el Contratante)

Indicar volumen y montos aproximados de todas las transacciones que realizarás con MetLife

	Aportaciones	Retiros
Número aproximado de transacciones anuales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monto aproximado de transacciones anuales (en Moneda Nacional)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

Declaraciones

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí No En caso afirmativo indicar país(es) _____

Número de Identificación de Impuestos _____

¿Países con los que tienes operaciones bajo la misma razón social? _____

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s) extranjero(s), su(s) cónyuge(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado funciones destacadas en territorio nacional o en el extranjero? Sí No

En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior, llenar las secciones composición accionaria y estructura corporativa

Composición accionaria – principales accionistas

				Porcentaje de participación en el capital social
1	_____	_____	_____	<input type="text"/>
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	
2	_____	_____	_____	<input type="text"/>
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	

Estructura Corporativa – Especificar las funciones que mejor se adecúen a la estructura de la persona moral

			Director-Gerente general	Director-Gerente ejecutivo	Gerente operativo
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno			
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno			

Declaraciones

Declaro que la información aquí asentada es verídica y se apega fehacientemente a la realidad.

Lugar y fecha en que se firma

Nombre y firma del representante legal

Datos de quien realizó la entrevista

Clave del agente

Clave de la promotoría

Nombre y firma del agente quien cotejó la documentación y realizó la entrevista

Correo electrónico del agente