

Datos complementarios artículo 492
Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
sociedades y asociaciones vinculadas

Formato 4

Número de póliza _____

Número de solicitud _____

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.

Datos generales																						
Denominación o razón social _____																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																				Registro Federal de Contribuyentes _____		
Fecha de constitución _____			Folio mercantil (empresa nacional) _____																			
Giro mercantil, actividad u objeto social _____		Nacionalidad(es) _____																				
Apoderado o representante legal: _____																						
Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Nombre(s) _____																				
Domicilio / datos de contacto																						
Calle / Avenida _____		Número exterior _____	Número interior _____																			
Colonia / Barrio _____		Ciudad / Población _____	Municipio / Alcaldía _____																			
Entidad federativa _____		País _____	Código postal _____																			
Teléfonos de contacto			¿Zona fronteriza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																			
Teléfono 1 _____		Teléfono 2 _____																				
Correo electrónico _____ @ _____																						
Composición accionaria (principales accionistas)																						
	(Nombre, apellido materno y apellido materno)	Nacionalidades	Porcentaje de participación en el capital social																			
1.																						
2.																						
3.																						
4.																						

MetLife Más, S.A. de C.V., Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 555279 4542, Lada sin costo 800 640 2010, www.metlifemas.com.mx

Estructura corporativa (marque las(s) casillas(s) que mejor se adecúen a la estructura de la persona moral)

	(Nombre, apellido materno y apellido materno)	Nacionalidad	Administrador Único / Miembro del consejo de administración	Persona física que ejerce el control / Propietario real
1.				
2.				
3.				

Declaraciones y firma

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

Lugar y fecha

Nombre y firma del Contratante o Asegurado titular

Datos de quien realizó la entrevista

Clave del agente _____ Clave de la promotoría _____

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

Nota: Persona que ejerce el control / propietario real: Se entiende a la persona física que no siendo el cliente o beneficiario, por medio de otra o de cualquier acto o mecanismo obtiene los beneficios derivados de este contrato u operación que se pretende celebrar, y es quien, en última instancia, ejerce los derechos de uso, disfrute, aprovechamiento o disposición de los recursos, esto es, como el verdadero dueño de los recursos.