

Actualización de información Contratante / Asegurado persona física

Formato 5

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.

Número de póliza: _____

☐ Actualización requerida por el Contratante o Asegurado titular

☐ Actualización requerida por MetLife

Datos generales									
Contratante* ☐			Asegurado titular ☐			Asegurado adicional ☐			
Nombre(s) _____			Apellido paterno _____			Apellido materno _____			
Fecha de nacimiento _____			Edad _____			Registro Federal de Contribuyentes _____			
Clave Única de Registro de Población _____			Sexo: Masculino ☐			Estado civil: Soltero(a) ☐			Casado(a) ☐
Femenino ☐			Viudo(a) ☐			Divorciado(a) ☐			Unión libre ☐
Tipo de identificación oficial vigente _____			Número de identificación _____						
Lugar de nacimiento:									
País _____			Estado / Provincia _____			Ciudad / Población _____			Nacionalidad(es) _____
*El Contratante es la persona que se obliga con MetLife a pagar la prima y en su caso las aportaciones adicionales.									
Domicilio y datos de contacto									
Domicilio particular									
Calle / Avenida _____						Número exterior _____		Número interior _____	
Código postal _____		Colonia / Barrio _____			Municipio / Delegación _____			Ciudad / Población _____	
Estado _____			País _____						
Teléfonos									
() _____			() _____			() _____		() _____	
Particular _____			Oficina / Laboral _____			Extensión _____		Móvil _____	
Correo electrónico									
Personal _____ @ _____					Laboral _____ @ _____				
Ocupación o profesión									
Empleado activo ☐ Comerciante ☐ Ama de casa ☐ Otro ☐ Especificar: _____									
Profesional independiente ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Ingreso mensual \$ _____ aproximado (pesos)									
Detalle de la ocupación o profesión _____									

Denominación o razón social de la empresa o dependencia donde laboras _____		Sector económico	
Detalle giro mercantil, actividad u objeto social _____		Industria ☐	Servicios ☐
		Gobierno ☐	Actividades agropecuarias ☐
		Otro ☐	Especificar: _____

Origen y destino de los recursos (contestar solo en caso de ser Contratante)

Honorarios, sueldos o salarios ☐	Patrimonio, ahorro o herencia ☐	Ingresos de negocio propio o actividad profesional ☐
Venta / Renta de inmuebles ☐	Otro ☐	_____

Destino de los recursos: _____

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

Indicar los montos aproximados a manejar de acuerdo a el(los) producto(s) contratado(s):

	Aportaciones o pagos	Retiros
Número aproximado de transacciones anuales		
Monto aproximado de transacciones anuales (en moneda nacional)	\$	\$

Declaraciones (contestar solo en caso de ser Contratante)

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa indicar: _____

País(es)	Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos
----------	--

¿Desempeñas o has desempeñado tú, tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior y ser de nacionalidad distinta a la mexicana o bien residente en el extranjero y contar con producto(s) con componente de inversión o prima excedente en moneda extranjera, llenar el formato 2 para tu cónyuge y dependientes económicos y contestar la siguiente pregunta:

¿Eres accionista (vínculo patrimonial) de alguna sociedad o asociación? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta positiva, llenar el formato 4 para sociedades y asociaciones relacionadas

En caso de tener nacionalidad extranjera o tener residencia en el extranjero, especifica las razones por las cuales es de tu interés la contratación de un seguro en territorio nacional:

¿Actúas por cuenta propia? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 2 para propietario real

¿Eres el proveedor de recursos con los que se financiarán las obligaciones, pagos o aportaciones contraídas con MetLife? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 3 para proveedor de recursos

Declaraciones

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

Declaro que el origen de los recursos para el pago del o los productos contratados con MetLife México, S.A. de C.V. o sus subsidiarias es de procedencia lícita así como el destino de los posibles recursos recibidos como contraprestación del o los productos contratados tendrán un destino lícito.

Lugar y fecha en que se firma

Nombre y firma del Contratante o Asegurado

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

Correo electrónico del agente @ _____

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 555340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx