

Declaración Jurada para Personas Jurídicas

Yo,

_____, con tipo de documento de identidad _____, número: _____, actuando en _____ mi calidad de _____ de la sociedad _____, con el

número de NIT: _____, **DECLARO BAJO JURAMENTO QUE**, todas las actuaciones, operaciones y transacciones que mi representada realice con **ATLÁNTIDA VIDA, S.A., Seguros de Personas**, incluyendo los contratos u operaciones que se realicen para el cumplimiento de los negocios que le sean encargados, de ninguna manera están relacionados con los delitos generadores de Lavado de Dinero y Activos, descritos en el artículo 6 de la Ley Contra el Lavado de Dinero y Activos de El Salvador, por lo anterior manifiesto lo siguiente:

- I. Los fondos que mi representada entregue a **ATLÁNTIDA VIDA, S.A., Seguros de Personas**, para pago de la Póliza de seguro tendrán un origen lícito.
- II. Mi representada no admitirá que terceros efectúen pagos a cuentas de **ATLÁNTIDA VIDA, S.A., Seguros de Personas**, o de otras sociedades, con fondos provenientes de actividades ilícitas.
- III. La presente declaración jurada se hace extensible a las personas que actúen bajo el nombre de mi representada.

Por lo anterior y con base a la Ley Contra el Lavado de Dinero y de Activos de El Salvador, Ley Especial Contra Actos de Terrorismo, Norma NRP-08 emitida por el Banco Central de Reserva e Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera de la Fiscalía General de la Republica, detallo la siguiente información:

El giro económico de la entidad a la que represento es (marcar con una X)											
Servicios	<input type="checkbox"/>	Industrial	<input type="checkbox"/>	Comercial	<input type="checkbox"/>	Sin fines de lucro	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		
Detalle del giro de económico de la entidad que represento:											
Origen o procedencia de los fondos para el pago de primas es:											
Estimación de ingresos proyectados mensualmente (marcar el rango con una X)											
\$0.01 a \$5,000.00	<input type="checkbox"/>	\$5000.01 a \$10,000.00	<input type="checkbox"/>	\$10,000.01 a \$25,000.00	<input type="checkbox"/>	\$25,000.01 a \$50,000.00	<input type="checkbox"/>	\$50,000.01 a \$100,000.00	<input type="checkbox"/>	\$100,000.01 a más	<input type="checkbox"/>
Valor del pago de la prima:											
Periodicidad del pago de la prima: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>											
Otro (Especifique):											
La entidad proyecta realizar pagos anticipados adicionales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
Motivo:											

La información aquí suministrada es verídica, y autorizo a **ATLÁNTIDA VIDA, S.A., Seguros de Personas** a verificar dicha información en cualquier momento, asumiendo el compromiso de entregar cualquier documentación que sustente movimientos de capital mayores a los aquí expresados, así mismo, eximo a **ATLÁNTIDA VIDA, S.A., Seguros de Personas**, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la alteración del mismo.

San Salvador, _____ de _____ del _____.

Nombre y firma del Representante Legal

Nombre y sello de la entidad