

Denominación social

Abreviatura Nacionalidad Tipo de empresa: Pública Privada Mixta

NIT Registro Fiscal Giro

Actividad económica principal

Teléfono Correo electrónico

Dirección

Distrito Departamento País

Actividad económica secundaria Tipo de contribuyente (pequeño, mediano, grande)

Las actividades económicas que realiza han sido catalogadas como APNFD (Actividades y Profesiones No Financieras Designadas) SI NO

(Casinos, bienes raíces, comerciantes de metales preciosos y comerciantes de piedras preciosas, abogados, notarios contadores, auditores externos y proveedores de servicios societarios cuando se disponen a realizar transacciones para un cliente).

Nombre del representante legal Lugar y fecha de nacimiento

Dirección

Distrito Departamento Teléfono

DUI NIT Pasaporte Carnet de residente

Lugar y fecha de expedición de documento de identificación

¿El Representante Legal desempeña algún cargo como Persona Expuesta Políticamente? Si No

¿Tiene un accionista que desempeñe cargo como Persona Expuesta Políticamente; que posea el % o más del capital accionario? Si No

En caso que la respuesta sea positiva en cualquiera de las dos preguntas, completar el formulario PEP'S

ACCIONISTA O ASOCIADOS QUE TENGAN MÁS DEL 10% DEL CAPITAL SOCIAL (en caso de personas jurídicas anexar detalle de personas naturales beneficiarios finales).

Nombre accionista	Porcentaje	Tipo de Identificación	Número de documento de identificación
<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"/>	<input type="text"/>

ALTA DIRECCIÓN (EJEMPLO GERENTE GENERAL, GERENTE FINANCIERO, ETC.)

Nombre	Documento de Identificación	Cargo que desempeña	País de residencia
<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"/>

INFORMACIÓN GENERAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA

	Nombre	Dirección	Teléfono
Principales clientes que provee	<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"/>
Principales proveedores	<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"/>



DECLARACIÓN JURADA PARA PERSONAS JURÍDICA

¿Se proyecta hacer pagos anticipados? SI NO

Explique

Estimación de ingresos proyectados mensualmente (rangos, marcar con X)	De \$1.00 a \$10,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$10,000.01 a \$25,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$25,000.01 a \$50,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$50,000.01 a \$100,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$100,000.01 a \$500,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$500,000.01 a más <input type="checkbox"/>
Estimación de egresos proyectados mensualmente (rangos, marcar con X)	De \$1.00 a \$10,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$10,000.01 a \$25,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$25,000.01 a \$50,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$50,000.01 a \$100,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$100,000.01 a \$500,000.00 <input type="checkbox"/>	De \$500,000.01 a más <input type="checkbox"/>

Favor detallar la fuente principal o procedencia de los fondos para los pagos que realizará dentro de la aseguradora

¿Tiene actividades que le generen ingresos adicionales? SI NO Detalle su procedencia y estimación de ingresos de ser positiva su respuesta

Nosotros (Yo)

bajo juramento, por derecho propio, que sometemos (someto) todos los actos que realicemos (realice) a través de cualquier operación que implique recepción, entrega o transferencia de fondos de cualquier tipo de depósito, pago de préstamos y otorgamiento de créditos bajo cualquier modalidad con MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. a las condiciones contractuales y reglamentarias de MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. y especialmente que:

- Todos los valores que entreguemos (entregue) o recibamos (reciba) provenientes de financiamiento o para depósito, en inversión o en garantía tendrán un origen y un destino que de ninguna manera estarán relacionados con los delitos generadores del Lavado de Dinero y Activos descritos en el artículo 6 de la Ley Contra el Lavado de Dinero y Activos, en fin ningún tipo de actividad ilícita, ni admitiremos (admitiré) que terceros efectúen depósitos en cuentas a nuestro (mi) favor con fondos provenientes de las actividades ilícitas, permitiendo cualquier procedimiento de investigación por parte de las autoridades correspondientes.
- En cumplimiento al instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la prevención del Lavado de Dinero y de Activos, la información que hemos (he) suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y nos obligamos (me obligo) a actualizarla mientras mantengamos (mantenga) una relación contractual con MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A.
- Eximimos (eximo) a MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que nosotros (yo) hubiéramos (hubiere) proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaramos (declaro) que la información que hemos (he) suministrado en todas sus parte y firmamos (firmo) el presente documento.

Firma y sello de cliente o representante legal

Lugar y fecha

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA INTERMEDIARIO

Se realizó visita al cliente o tercero SI NO Comentarios

Lugar y fecha de vinculación con la Aseguradora

Comentarios sobre verificación de información

Nombre. No. de autorización SSF y firma del Intermediario

Lugar y fecha

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A.

Nombre y firma de la persona de Servicio de Atención al Cliente, responsable de la revisión, aprobación y verificación de la documentación e información que se recoge en el expediente del cliente o tercero.

Lugar y fecha

DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE

- Escritura de Constitución debidamente inscrita en el Registro de Comercio.
- Estatutos, acuerdos ejecutivos debidamente inscritos en los casos que aplique.
- Credencial de Representante Legal debidamente inscrita.
- Nombramiento de administradores o poderes otorgados debidamente inscritos en Registro de Comercio.
- NIT y número de Registro Fiscal de la entidad.
- DUI de Representante Legal.
- Pasaporte y/o carnet de residencia si representante es extranjero.
- Comprobante de domicilio de la persona jurídica (recibo de agua, energía eléctrica o teléfono en caso que difiera información en documentos presentados).
- Matrícula de comercio vigente.