

(Yo) \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_ (representante legal o apoderado) de la Sociedad o Entidad que gira con la denominación de: \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento, que mi representada somete todos los actos que realice a través de cualquier operación que implique recepción, entrega o transferencia de fondos en cualquier tipo de pago de primas y contratación de pólizas de seguros, bajo cualquier modalidad o adquisición de bienes con **COMEDICA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS** a las condiciones contractuales y reglamentarias de **COMEDICA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS** y **especialmente a que:** a) Todos los valores que mi representada entregue o reciba provenientes de la contratación de una póliza de seguro o el pago de primas, 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, permitiendo cualquier procedimiento de investigación por parte de las autoridades correspondientes.

b) En cumplimiento al Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención del Lavado de Dinero y de Activos, detallo la información siguiente:

Origen o procedencia de los fondos (Marcar con X): Empleado	<input type="checkbox"/>	Comerciante	<input type="checkbox"/>
Profesional	<input type="checkbox"/>	Otros Ingresos	<input type="checkbox"/>

En caso de Otros Ingresos Especifique:  
Actividad Económica o Giro del Negocio (Solo si no es empleado): \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo/Nombre de la Empresa o Comercio: \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado: \_\_\_\_\_

Forma de pago de la prima:      Cheque:       Transferencia:       Efectivo:       Cargo a tarjeta:

Número de cuotas solicitadas: \_\_\_\_\_

¿Se proyecta realizar pagos anticipados o adicionales? Si  No  Explique: \_\_\_\_\_

Estimación de Ingresos proyectados mensualmente (marcar rangos con una X)

1	De \$1.00 a \$ 5,000.00	<input type="checkbox"/>	2	\$ 5,000.01 a \$10,000.00	<input type="checkbox"/>	3	\$10,000.01 a \$15,000.00	<input type="checkbox"/>
4	De \$15,000.01 a \$20,000.00	<input type="checkbox"/>	5	\$20,000.01 a \$25,000.00	<input type="checkbox"/>	6	\$25,000.01 a más	<input type="checkbox"/>

c) Eximo a **COMEDICA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal  
/Apoderado/Delegado