



DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS

Fecha:
 dd mm aaaa

Ciudad: _____

DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos: _____

Representante Legal: _____

Identificación: Cédula Pasaporte Otro _____ No. de Identificación: _____

Dirección: _____

País de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Teléfono: _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y SERVICIOS

Los bienes que se aseguran, provienen de: _____

Documentos que justifican esta operación (de ser requeridos):

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES:

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a AIG METROPOLITANA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (AIG- Metropolitana) cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía, me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada.

Declaro libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a AIG-Metropolitana, ampara bienes de procedencia lícita y que los mismos no están ligados con actividades de narcotráfico, lavado de activos o financiamiento del terrorismo. Igualmente declaro que los fondos con los cuales se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guarda ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.

Siendo conocedor de las disposiciones legales para reprimir el lavado de activos y financiamiento de delitos autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a AIG-Metropolitana, a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro; así mismo autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a AIG- Metropolitana toda la información que ésta les requiera. Acepto además que AIG-Metropolitana archive, procese y administre mis datos de acuerdo a sus mejores prácticas.

Firma y sello de Médico y/o Clínica

 dd mm aaaa

Fecha