DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS

Yo, _____ , con cédula de identidad/pasaporte No. _____ de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente Declaración de Origen Lícito de Fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en los artículos 20 y 22, del Acuerdo No.3 de 2015, expedido por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá:

1. Declaro que los fondos para efectuar la transacción, por valor de B/. _____ , realizada el día _____ para la Póliza No. _____ , proviene de fuentes lícitas y propias detalladas a continuación:
   - ☐ Actividad Principal _____
   - ☐ Otras Fuentes _____
2. No realizaré o admitiré que se efectúen depósitos a nombre mío o de la persona que represento, con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Que en mi contra no se adelanta ningún proceso administrativo o judicial en instancias nacionales o internacionales por ninguno de los aspectos anteriores.
4. Eximo a la Compañía Aseguradora de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

Bajo gravedad de juramento manifiesto que los datos aquí consignados obedecen a la realidad, por lo que declaro haber leído, entendido y aceptado el presente documento.

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

_____	_____	_____
Nombre de la persona que realiza la transacción (letra Imprenta)	Firma	Fecha

☐Actuando en nombre propio ☐En Representación de: _____

Cédula / RUC: _____