
Carta de Origen de los Fondos y Declaración Jurada sobre el Origen de los Fondos

Identificación del Contratante / Asegurado

Asegurado:

Contratante *(en caso de ser diferente del Asegurado)*:

Domicilio:

Identificación de la(s) Póliza(s)

Póliza(s) N°

Ramo y Riesgo Asegurado

De nuestra consideración:

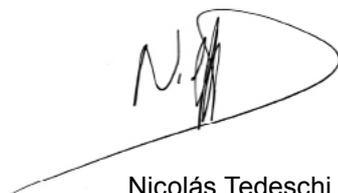
Con motivo de la aplicación de las normas sobre seguros y reaseguros emitidas por el Banco Central del Uruguay en materia de Prevención y Control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo (Arts. 67 a 86, y Art. 120 de la Recopilación de Normas de Seguros y Reaseguros), nos dirigimos a Ud. para solicitarle la documentación que detallamos a continuación:

1. Declaración Jurada sobre la licitud y origen de los fondos asociados al pago de las pólizas de referencia, según el modelo que adjuntamos al presente como Anexo.
2. Estado Financiero adjunto al Origen de Fondos.

Para su tranquilidad, le confirmamos que la información que nos brinde será de carácter estrictamente confidencial y de uso exclusivo de nuestra compañía, sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones derivadas de la Ley 18.331 sobre protección de datos personales y/o por cualquier otra ley que resulte de aplicación.

Desde ya, quedamos a su disposición para responder cualquier inquietud al respecto, para lo cual podrá contactarse con nuestro **Departamento de Atención al Cliente** llamando al **2903 3030** o al **0800 2700**, o a través de nuestra casilla de correo atencion.clientes@metlife.com.uy.

Cordialmente,



Nicolás Tedeschi
Gerente de Operaciones y Sistemas

Póliza N° _____

Señores MetLife Seguros S.A.

De mi consideración:

Hago referencia a las Circulares N° 88/2006 y 91/2008 de la Superintendencia de Servicios Financieros referidas a la Prevención y Control del Lavado de Activos en la órbita del Sector Seguros.

En cumplimiento de lo establecido en las circulares mencionadas en el párrafo anterior, por la presente declaro bajo juramento que los fondos utilizados para el pago de la póliza de referencia, provienen de actividades lícitas.

Sin más, quedo a su disposición por cualquier aclaración o consulta sobre el particular.

Atentamente,

DATOS PERSONALES - CONSENTIMIENTO: MetLife Seguros S.A. ("MetLife") recaba y trata sus Datos Personales con el único fin de administrar su seguro, así también como para el envío de información y ofertas sobre los productos de MetLife. Al suscribir este documento, (i) presto mi consentimiento previo, libre, expreso e informado para el referido tratamiento de los Datos Personales que proporciono a MetLife; (ii) autorizo a MetLife a transferir internacionalmente los Datos Personales a sus afiliadas; y (iii) autorizo a cualquier médico o profesional de la salud, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento, información, registros y/o datos sensibles vinculados a la salud o actividades, sea presente o pasada, para que pueda dar o entregar cualquier antecedente, información o examen solicitados por MetLife, así también como para que ésta la incorpore en la correspondiente base de datos con la finalidad de realizar cualquier gestión específica que sea requerida a los efectos del seguro solicitado. A su vez autorizo MetLife para que solicite, reciba y retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes de las personas o instituciones mencionadas. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. Tomo conocimiento y autorizo a que tanto los empleados de MetLife como sus terceros proveedores que requieran acceso a mis datos personales para las finalidades antes mencionadas. El responsable de la base de datos es MetLife Seguros S.A., domiciliada en Yaguarón 1407, piso 4, of. 401, Montevideo. Usted podrá ejercer sus derechos legales de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión de sus Datos Personales, mediante una comunicación escrita a nuestras oficinas. Dicho derecho podrá ser ejercido en forma gratuita a intervalos de seis meses, salvo que se hubiere suscitado nuevamente un interés legítimo de acuerdo con el ordenamiento jurídico.

Firmas			
Firme Aquí	Contratante <i>(si es diferente al Asegurado)</i>	Aclaración	C.I.
Firme Aquí	Asegurado	Aclaración	C.I.
	Lugar		Fecha <i>(dd/mm/aa)</i>

Vías de contacto

Dirección: Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo. **Fax:** 2903 3035 **Email:** atencion.clientes@metlife.com.uy **Por Consultas:** 0800 2700

DATOS PERSONALES - CONSENTIMIENTO: MetLife Seguros S.A. ("MetLife") recaba y trata sus Datos Personales con el único fin de administrar su seguro, así también como para el envío de información y ofertas sobre los productos de MetLife. Al suscribir este documento, (i) presto mi consentimiento previo, libre, expreso e informado para el referido tratamiento de los Datos Personales que proporciono a MetLife; (ii) autorizo a MetLife a transferir internacionalmente los Datos Personales a sus afiliadas; y (iii) autorizo a cualquier médico o profesional de la salud, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento, información, registros y/o datos sensibles vinculados a la salud o actividades, sea presente o pasada, para que pueda dar o entregar cualquier antecedente, información o examen solicitados por MetLife, así también como para que para que ésta la incorpore en la correspondiente base de datos con la finalidad de realizar cualquier gestión específica que sea requerida a los efectos del seguro solicitado. A su vez autorizo MetLife para que solicite, reciba y retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes de las personas o instituciones mencionadas. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. Tomo conocimiento y autorizo a que tanto los empleados de MetLife como sus terceros proveedores que requieran acceso a mis datos personales para las finalidades antes mencionadas. El responsable de la base de datos es MetLife Seguros S.A., domiciliada en Yaguarón 1407, piso 4, of. 401, Montevideo. Usted podrá ejercer sus derechos legales de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión de sus Datos Personales, mediante una comunicación escrita a nuestras oficinas. Dicho derecho podrá ser ejercido en forma gratuita a intervalos de seis meses, salvo que se hubiere suscitado nuevamente un interés legítimo de acuerdo con el ordenamiento jurídico.

Firmas

Firme Aquí	Contratante <i>(si es diferente al Asegurado)</i>	Aclaración	C.I.
Firme Aquí	Asegurado	Aclaración	C.I.
	Lugar	Fecha <i>(dd/mm/aa)</i>	

Vías de contacto

Dirección: Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo. **Fax:** 2903 3035 **Email:** atencion.clientes@metlife.com.uy **Por Consultas:** 0800 2700