



Compañía de Seguros, S.A.

AUTOCERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA FISCAL – PERSONA NATURAL

F-CRP-09. V5.1

Esta Autocertificación tiene el propósito de identificar la nacionalidad y la residencia fiscal de todos los contratantes y beneficiarios.

ASSA Compañía de Seguros, S.A., en adelante La Compañía se basará en la información proporcionada en este documento para satisfacer nuestras obligaciones en virtud de la Ley N° 47 de 2016 (Cumplimiento Impositivo Extranjeras – FATCA), así como la Ley N° 51 de 2016 (Intercambio de Información para Fines Fiscales) y a los correspondientes acuerdos de intercambio de información tributaria suscritos por Panamá con los Estados Unidos de América y otros gobiernos.

DATOS GENERALES					
Nombres:			Apellidos:		<input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Beneficiario
País y fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	País	Cédula/Pasaporte:
Dirección de Residencia:					
Dirección para recibir correspondencia:					

CONFIRMACIÓN DE LA CIUDADANÍA Y RESIDENCIA FISCAL			
Declaro que:			
Soy ciudadano de:	<input type="checkbox"/> Panamá	<input type="checkbox"/> Estados Unidos.	No. TIN/NSS: <input type="checkbox"/> Otro:
Poseo nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Panamá	<input type="checkbox"/> Estados Unidos.	No. TIN/NSS: <input type="checkbox"/> Otro:
Mi residencia fiscal es en: <input type="checkbox"/> Panamá <input type="checkbox"/> Otros (complete la siguiente tabla):	País	Número de Iden. Fiscal	Si no tiene número, indicar motivo
1.			<input type="checkbox"/> El país no emite o no requiere número <input type="checkbox"/> No puedo obtenerlo (explique*)
2.			<input type="checkbox"/> El país no emite o no requiere número <input type="checkbox"/> No puedo obtenerlo (explique*)
3.			<input type="checkbox"/> El país no emite o no requiere número <input type="checkbox"/> No puedo obtenerlo (explique*)

**Por favor, explique en las siguientes casillas por qué usted no puede obtener un número de identificación fiscal.*

- _____
- _____
- _____

DECLARACIÓN	
Declaro que:	
<ul style="list-style-type: none"> Conozco el carácter de declaración jurada de la información aquí brindada, por lo que declaro bajo juramento que la misma corresponde con la realidad de los hechos, asumiendo las responsabilidades legales por toda falsedad, omisión o declaración inexacta. Comprendo que la información aquí declarada es aplicable a las leyes arriba mencionadas, por lo que autorizo la comunicación - también en el extranjero - de los datos, a la Casa Matriz de ASSA y a sus subsidiarias, a otras personas o entidades tanto nacionales como internacionales, públicas o privadas, con el objeto de cumplir con aquellos acuerdos que tanto la Casa Matriz como sus subsidiarias o sucursales estén obligadas. Entiendo que tengo la obligación de informar a La Compañía cualquier cambio de circunstancias/detalles en la información proporcionada en el presente formulario, dentro de los 30 días posteriores al cambio. 	

Firma: _____ **Fecha:** _____

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA			
Declaro que he revisado y analizado la documentación correspondiente, validando los indicios del cliente de acuerdo a las Políticas de Cumplimiento de Normativa FATCA/CRS.			
	Recibido por	Revisado por	Número de Referencia:
Nombre			
Cargo			<input type="checkbox"/> Código de Cliente
Departamento			<input type="checkbox"/> No. de Reclamo
Fecha			<input type="checkbox"/> No. de Póliza
Firma			<input type="checkbox"/> No. de Solicitud de Póliza