



Compañía de Seguros, S.A.

F-CRP-09. V5.1

## AUTOCERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA FISCAL – PERSONA NATURAL

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.				
1.				
2.				
3.				
DECLARACIÓN				
Declaro que:				
– 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	

"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 cédula, 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."