



Internacional  
de Seguros

DESDE 1910

Solicitud No. \_\_\_\_\_  
Pin No.: \_\_\_\_\_

PERFIL DEL ASEGURADO (FATCA)  
FORMULARIO PARA PERSONA JURIDICA

Este formulario debe ser completado en LETRA IMPRENTA, de forma precisa, sin borrones ni tachones, por todo contratante, asegurado o beneficiario que haya o deba pagar Impuestos Tributarios en los Estados Unidos de América, o cualquier otro país distinto a Panamá. Estas declaraciones son importantes porque forman parte de su contrato. Seleccione la respuesta deseada con un ☒

DATOS GENERALES

☐

Contratante

☐

Asegurado

☐

Beneficiario

Nombre del Contratante

Nombre del Asegurado

Nombre del Beneficiario

País de Constitución del Contratante

No. de identificación ante el IRS.:

PERFIL DEL ACCIONISTA

PORCENTAJE (%) ACCIONARIO: \_\_\_\_\_

1er. Nombre

2do. Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Apellido de Casada

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad(es):

Ciudadanía(s):

Pasaporte(s):

Fecha de Expiración:

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

País(es) de Residencia(s):

Estado(s):

Ciudad(es):

Calle(es):

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

Nombre del Edificio/No:

Número(s) de Casa(s):

Código(s)/Teléfono(s):

Código(s) Postal(es):

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

No. I.D. Fiscal:

No. Green Card:

No. Identificación:

No. Seguro Social:

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

¿Tiene o tendrá órdenes de pago (transferencias) de forma permanente hacia o desde EE.UU.? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es afirmativa, por favor explique el propósito de estas instrucciones.

¿Ha estado en los últimos tres (3) años en los EE.UU.? Sí ☐ No ☐

Motivo: Placer ☐ Negocio ☐

Si su respuesta sea afirmativa y por negocios, detalle:

Fecha(s): (Entrada/Salida)

Lugar

Tiempo

Ingresos

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

¿Ha sido contribuyente fiscal de los EE.UU.? Sí ☐ No ☐

En caso de que su respuesta sea afirmativa, detalle:

Fecha

Monto Declarado

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Explique por qué no:

Explique por qué no:

Explique por qué no:

Explique por qué no:

Otros.

AUTORIZACIÓN CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DECLARACIÓN

AUTORIZACIÓN:

Por medio de la presente, autorizo a la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. y a sus Reaseguradoras a proporcionar al SERVICIO DE RENTAS INTERNAS DE LOS EE.UU., toda la información requerida por ellos y con pleno conocimiento que, de NO autorizarlos, será considerado como una persona recalcitrante, comprendiendo y aceptando que me he negado a dar la información requerida por el SERVICIO DE RENTAS INTERNAS DE LOS EE.UU.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Relevo de toda responsabilidad administrativa, civil, o penal, en que pueda incurrir la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A., y sus Reaseguradoras al proporcionar esta o cualquier otra información requerida al SERVICIO DE RENTAS INTERNAS DE LOS EE.UU.

DECLARACIÓN:

En mi nombre y representación, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que haya omitido, desvirtuado, ni ocultado, por lo cual firmo como aceptado.

Firmado en:

el

de

de 20

Nombre del Representante Legal:

Firma:

Nombre del Accionista:

Firma:

DATOS DEL CORREDOR

El corredor declara haber revisado la información suministra da por el cliente o contratante, “Ley 12 , Art.192, Numeral 2”

Nombre o Razón Social:

No. Licencia:

Nombre del Corredor o Rep. Legal:

Firma:

Fecha:

SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Calificación del colaborador que revisa la información:

¿Contratante participante de FATCA?

¿Contratante recalcitrante de FATCA?

¿Asegurado participante de FATCA?

¿Asegurado recalcitrante de FATCA?

¿Beneficiario participante de FATCA?

¿Beneficiario recalcitrante de FATCA?

Nombre del colaborador que revisa el formulario FATCA y documentación:

Firma del colaborador que revisa el formulario FATCA y documentación:

Cargo/Ocupación:

Fecha: