



**PERFIL DEL ASEGURADO (FATCA)  
FORMULARIO PARA PERSONA NATURAL**

Este formulario debe ser completado en **LETRA IMPRENTA**, de forma precisa, sin borrones ni tachones, por todo 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**

Asegurado

Beneficiario

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) _____	_____	_____	_____

País(es) de Residencia(s):

Estado(s):

Ciudad(es):

Calle(es):

1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____

Nombre del Edificio/No:

Número(s) de Casa(s):

Código(s)/Teléfono(s):

Código(s) Postal(es):

1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____

No. I.D. Fiscal:

No. Green Card:

No. Identificación:

No. Seguro Social:

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) _____	_____	_____	_____

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

En caso de que su respuesta sea afirmativa, detalle:

Fecha

Monto Declarado

1) _____	_____
2) _____	_____

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Copia del pasaporte del residente fiscal de EE.UU. (ciudadano, residente o con presencia sustancial) de su página principal donde aparecen los datos generales del cliente, como también de todas aquellas páginas que tengan el sello de migración con las entradas y salidas de los EE.UU. Sí  No  Explique por qué no: \_\_\_\_\_
- Original del Formulario W9 (Solicitud y Certificación del número de identificación del contribuyente): Para los ciudadanos y los residentes estadounidenses. Sí  No  Explique por qué no: \_\_\_\_\_
- Original del Formulario W8 (Certificado de estado de personal extranjera del propietario beneficiario para retenciones fiscales de Estados Unidos): Para los no ciudadanos estadounidenses o con presencia sustancial. Sí  No  Explique porque 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: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL CORREDOR

El corredor declara haber revisado la información suministrada 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

¿Asegurado/Beneficiario FATCA? Sí  No

¿Asegurado/Beneficiario Recalcitrante? Sí  No

Nombre del colaborador que revisa el formulario FATCA y documentación: \_\_\_\_\_

Firma del colaborador que revisa el formulario FATCA y documentación: \_\_\_\_\_

Cargo/Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_