



## AUTOCERTIFICACIÓN FATCA - PERSONA NATURAL

Área	Código	Versión	Fecha	Documento Asociado	Página
Cumplimiento	F-CRP-09	4	15-jun-15	MP-CRP-08	1 de 1

FATCA es la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras (*Foreign Account Tax Compliance Act*), emitida por el Gobierno de los Estados Unidos de América, cuyo propósito principal es identificar y obtener información sobre los ciudadanos y residentes estadounidenses que tienen dinero y otros activos fuera de Estados Unidos, para así evitar la evasión y elusión tributaria.

Esta Autocertificación tiene el propósito de identificar la nacionalidad y la residencia fiscal de todos los contratantes y beneficiarios. Assicurazioni Generali, S.p.A. - Sucursal Panamá se basará en la información proporcionada en este documento para satisfacer nuestras obligaciones en virtud del Acuerdo Intergubernamental entre el Gobierno de los Estados Unidos de América y el Gobierno de la República de Panamá.

### DATOS GENERALES

Nombre	<input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Beneficiario
Cédula/Pasaporte	

### CONFIRMACIÓN DE LA CIUDADANÍA Y RESIDENCIA FISCAL

**Declaro que:** Indicar País

Soy ciudadano de:         Panamá         \*Estados Unidos     Otros: \_\_\_\_\_

Poseo Nacionalidad:     Panamá         \*Estados Unidos     Otros: \_\_\_\_\_

Mi residencia fiscal es en:     Panamá         \*Estados Unidos     Otros: \_\_\_\_\_

<p><b>*Si en alguna de las casillas ha marcado Estados Unidos, favor completar su "Taxpayer Identification Number (TIN)", o en su defecto su "Social Security Number (SSN)":</b></p>										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 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 lo hechos, asumiendo las responsabilidades legales por toda falsedad, omisión o declaración inexacta.
  - Comprendo que la información aquí declarada es aplicable a la Ley FATCA, por lo que autorizo la comunicación - también en el extranjero - de los datos, a la Casa Matriz de Assicurazioni Generali, S.p.A. 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 filiales o sucursales estén obligadas.
  - Entiendo que tengo la obligación de informar a Assicurazioni Generali, S.p.A. - Sucursal Panamá 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 EEUU del cliente de acuerdo a las Políticas de Cumplimiento de Normativa FATCA.

	Recibido por	Revisado por	Número de Referencia:
Nombre			<input type="checkbox"/> Código de Cliente <input type="checkbox"/> No. de Reclamo <input type="checkbox"/> No. de Póliza <input type="checkbox"/> No. de solicitud de póliza.
Cargo			
Departamento			
Fecha			
Firma			