

En Pacífico nos preocupamos por mantenerte siempre informado, es por eso que, ahora que cuentas con nuestros Seguros de Vida, te pedimos que firmes la siguiente Declaración Jurada para tener registrada tu Residencia Fiscal. Es importante que sepas que la información que completes en este formulario se utilizará para cumplir los requisitos del Estándar Común de Reporte (CRS) y la regulación FATCA¹.

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Nombres y Apellidos:	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	País de nacimiento:	DNI/CE/Pasaporte:
Dirección de residencia:			
Ciudad:	Provincia:	Código Postal:	País:

2. OTROS PAÍSES EN LOS QUE TIENE OBLIGACIONES FISCALES/TRIBUTARIAS

<p>a) ¿Ha nacido en EE.UU y/o cuenta con nacionalidad, residencia y/o residencia fiscal/tributaria de los EE.UU?</p> <p><u>Si usted marco "Sí" por favor complete lo siguiente:</u> Número de identificación tributaria / SSN o EIN² _____.</p>	<p>SÍ () NO ()</p>
<p>b) ¿Tiene residencia fiscal/tributaria en otro(s) país(es)?</p> <p>País(es) _____ NIT (Número tributario)³ _____</p> <p><u>Si no tiene NIT marque la razón que corresponda:</u></p> <p><input type="checkbox"/> El país de residencia fiscal/tributaria no emite NIT (número tributario)</p> <p><input type="checkbox"/> El titular no puede obtener un NIT o número equivalente (explicar):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SÍ () NO ()</p>

3. DECLARACIÓN Y FIRMA

- Por este medio certifico que la información proporcionada es correcta y completa.
- No tengo nacionalidad o residencia fiscal en otros países que no hayan sido colocados en esta Declaración.
- Autorizo a Pacífico Seguros a proporcionar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o proporcionar una copia a la autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control a Pacífico Seguros.
- Me comprometo a comunicar a Pacífico Seguros sobre cualquier cambio de circunstancias que haga que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a Pacífico Seguros un formulario actualizado en un plazo de 30 días a partir de la fecha del cambio de circunstancias.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Si está firmando en representación del contratante de la póliza indique su nombre completo, documento de identidad y relación con el contratante.

¹ CRS/FATCA: Normas internacionales para la transparencia fiscal.

² Número de identificación tributario de los EEUU - SSN: Social Security Number / EIN: Employee Identification Number.

³ Número de Identificación Tributario: RUC / RUT/ NIT / TIN.