

# Instructivo para “DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA FISCAL” Persona Natural

- I. Estructura de la Declaración Jurada de residencia fiscal

**Sección 2**

Declaración Jurada de Residencia Fiscal  
 Personas Naturales

En Pacífico nos preocupamos por mantenerle siempre informado, es por eso que, ahora que cuentas con nuestros Seguros de Vida, le 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 FATCA<sup>1</sup>.

**1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA**

Nombre y Apellido:	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	País de nacimiento:	DNI/CID/Passaporte:
Dirección de residencia:			
Ciudad:	Provincia:	Código Postal:	País:

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

a) ¿Ha nacido en EE.UU y/o cuenta con nacionalidad, residencia y/o residencia fiscal/tributaria de los EE.UU?	SÍ ( ) NO ( )
Si usted marcó "SÍ" por favor complete lo siguiente: Número de identificación tributaria / SSN o EIN: _____	
b) ¿Tiene residencia fiscal/tributaria en otro(s) país(es)?	SÍ ( ) NO ( )
País(es) _____ NIT (Número tributario) <sup>2</sup> _____	
Si no tiene NIT marque la razón que corresponda:	
<input type="checkbox"/> El país de residencia fiscal/tributaria no emite NIT (número tributario)	
<input type="checkbox"/> El titular no puede obtener un NIT o número equivalente (explicar): _____	

**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.

**Sección 1**

**Sección 3**

<sup>1</sup> CRIFATCA: Normas Internacionales para la Transparencia Fiscal.  
<sup>2</sup> Número de identificación tributaria de los EE.UU.: SSN; Social Security Number / EIN: Employee Identification Number.  
<sup>3</sup> Número de identificación tributaria: RUC; RUT/NIT / TIN.

## II. Definiciones:

- **Residencia Fiscal:** País en el cual la persona tiene obligaciones tributarias/ fiscales.
- **NIT:** Número de identificación tributaria
- **SSN:** Social Security Number (Número de identificación tributaria para personas naturales de los Estados Unidos)
- **EIN:** Entity Identification Number (Número de identificación tributaria para personas naturales con negocio de los de Estados Unidos)

## III. Instrucciones por sección:

### Sección 1: Cuenta con información de datos básicos del cliente

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:

**Sección 2: Deberás realizarle dos preguntas al cliente. Si el cliente se niega a contestarlas o no te brindar la información completa no será posible continuar con el proceso de emisión.**

**Recuerda: Las normativas FATCA y CRS, prohíben de forma expresa que se brinde asesoría a los clientes para llenar los formularios. La información que brinda tiene carácter de declaración jurada**

**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 EIN<sup>2</sup> _____.</p>	<p>SÍ ( ) NO ( )</p>
<p>b) ¿Tiene residencia fiscal/tributaria en otro(s) país(es)?</p> <p>Pais(es) _____ NIT (Número tributario)<sup>3</sup> _____</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>

La primera pregunta está referida a la normativa FATCA, la cual nos exige identificar a los clientes estadounidenses así como su:

- "SSN": Social Security Number
- "EIN": Employer Identification Number

La segunda pregunta hace referencia a la normativa CRS, la cual nos exige identificar la residencia fiscal de los clientes.

### Sección 3: El cliente deberá colocar su firma, en señal de conformidad sobre la información brindada en el formulario.

**Nota importante: No se podrá aceptar el formulario si no se encuentra debidamente completo y firmado.**

Se debe validar que en todos los documentos se cuente con la firma de los clientes, debido a que, sin esta quedaría sin efecto la Declaración.

#### 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 Pacifico 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 Pacifico Seguros.
- Me comprometo a comunicar a Pacifico Seguros sobre cualquier cambio de circunstancias que haga que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a Pacifico 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.