

## FORMATO DE VINCULACIÓN FATCA

**Instrucciones:** Este formato deberá ser entregado a toda persona física que adquiera un producto de Vida con cobertura de Ahorro o Fondo de Valores Acumulados, o bien cuando realice: retiro anticipado o liquidación, actualización de datos, renovación de póliza o cuando aplique.

### Realizo esta certificación FATCA en calidad de:

a.) Asegurado/a (contratante) de la póliza:

ai.) Asegurado/a (nombre): \_\_\_\_\_

- 1.) ¿Tiene Ciudadanía Estadounidense? Si  No
- 2.) ¿Tiene Residencia permanente (Green Card)? Si  No
- 3.) ¿Tiene Lugar de nacimiento en EE.UU.? Si  No
- 4.) ¿Tiene alguna dirección en EE.UU.? Si  No
- 5.) ¿Tiene algún teléfono en EE.UU.? Si  No
- 6.) ¿Tiene alguna dirección de correspondencia en E.E.UU.? Si  No
- 7.) ¿Para este producto posee un poder de representación otorgado por una persona que tenga dirección en EE.UU. Si  No
- 8.) No. de identificación tributaria de Estados Unidos del Asegurado/a \_\_\_\_\_.

Si la respuesta es afirmativa en al menos 1 de las preguntas anteriores, el Asegurado/a (contratante), debe proceder a confeccionar y firmar el formulario W9 de confirmarse que es un ciudadano o residente de Estados Unidos y otorgar su Número de Identificación Tributaria.

Si la respuesta es afirmativa, pero el cliente no es ciudadano o residente de Estados Unidos corresponde suscribir el formulario W-8BEN y aportar evidencia documental o una explicación razonable que descargue este estatus según corresponda. (iniciales del asegurado/a contratante) \_\_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio que con motivo del *Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)*, el *Common Reporting Standard* de la OCDE y cualquier otra regulación formalmente emitida por las autoridades gubernamentales y asumida por parte de SEGUROS AMERICA S.A. en adelante: "LA COMPAÑÍA" y cualquiera de las entidades que la componen, "EL ASEGURADO" declara que conoce, acepta y autoriza, con pleno consentimiento, a "LA COMPAÑÍA" para que reporte todo tipo de información y cumpla con los deberes de retención y con las demás obligaciones legales y/o contractuales derivadas de la implementación de dichas legislaciones o de cualquier otra normativa aplicable. En virtud de ello, "EL ASEGURADO"; renuncia expresamente a ejercer cualquier acción en contra de "LA COMPAÑÍA" y declara que ni el secreto bancario y/o de seguros, ni la garantía de confidencialidad de operaciones de seguros, ni la tutela de derecho a la intimidad serán limitación alguna para que "LA COMPAÑÍA" pueda cumplir dichas disposiciones. Adicionalmente, "EL ASEGURADO" se obliga a oportunamente proporcionar toda la información que SEGUROS AMERICA S.A. pueda necesitar, de tiempo en tiempo, para cumplir cabalmente con dichas normas y, en consecuencia, "EL ASEGURADO": (i) acepta que cualquier obstrucción, falta de diligencia o falsedad en la información proporcionada o cualquier falta de cumplimiento de los plazos establecidos en los requerimientos de información facultará a "LA COMPAÑÍA" para inmediatamente y sin necesidad de notificación previa proceder a terminar cualquier contrato que mantenga con "EL ASEGURADO", sin responsabilidad alguna para la entidad, (ii) se obliga irrevocablemente a mantener a "LA COMPAÑÍA" (incluyendo sus empleados, asesores, representantes legales, directores y accionistas) totalmente indemnes en contra de cualquier daño o perjuicio derivado del incumplimiento de esta obligación y (iii) acepta que "LA COMPAÑÍA" es considerada una Entidad Financiera para efectos de la sección 1471 del capítulo Cuarto (FATCA) del Código de Renta de los EE.UU. y que por lo tanto "LA COMPAÑÍA" se ve obligada a efectuar procesos de debida diligencia en todas sus cuentas y operaciones pasivas para detectar y documentar beneficiarios hasta el último nivel de cuentas, productos u operaciones que sean personas físicas o jurídicas contribuyentes del impuesto de renta de EE.UU. de acuerdo a la normativa vigente en dicho país. Como consecuencia de lo anterior, "EL ASEGURADO" acepta presentar un nuevo formulario en caso de que cualquier certificación realizada resulte falsa, imprecisa o incorrecta. En tal sentido, a título personal en caso de que a futuro resulte ser beneficiario estadounidense o que tenga indicios de serlo, tengo la responsabilidad exclusiva y excluyente por el llenado oportuno, completo y correcto del formulario W8-BEN o del formulario W9 según corresponda.

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Diligenciado por: \_\_\_\_\_

(indicar nombre completo del ejecutivo o intermediario de Seguros América)