



FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA FISCAL  
ESTANDAR COMUN DE REPORTE – CRS  
PERSONA NATURAL  
Ley 51 de 27 de octubre de 2016

DATOS GENERALES: CONTRATANTE  BENEFICIARIO

1er. Nombre	2do. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada
Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa)	No. de Cédula	No. de Pasaporte		País de Nacimiento

Dirección de Residencia Permanente (País/Provincia/Distrito/Corregimiento/Calle/Ave./Casa/Apto)

Dirección para recibir correspondencia, cuando sea distinta a la dirección de Residencia Permanente (País/Provincia/Distrito/Corregimiento/Calle/Ave./Casa/Apto)

Favor indicar el o los países donde declara rentas, y su tipo y número de referencia fiscal correspondiente.

La residencia fiscal se puede definir tomando en consideración: el país donde se reside de forma permanente, donde reside habitualmente, o de donde se posea una nacionalidad o ciudadanía.

País o Países de Residencia Fiscal	Tipo de Referencia Fiscal (Ej.: RUC, TIN, NIT, CPF, CUIT, ETC.)	No. de Referencia Fiscal	Si no tiene No. de Residencia Fiscal, indique el motivo

**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 a la Dirección General de Ingresos de Panamá (D.G.I.) toda la información requerida por ellos en relación a la información tributaria que requieran para el cumplimiento del intercambio de información fiscal, conocido como ESTANDAR COMUN DE REPORTE (C.R.S.)

**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 por la Dirección General de Ingresos de Panamá (D.G.I.)

**DECLARACIÓN:**

En mi nombre y representación, declaro bajo juramento que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe situación alguna fuera de las aquí declaradas que haya omitido, desvirtuado, ni ocultado, y que de ocurrir algún cambio de circunstancias lo notificaré a la aseguradora, dentro de los 30 días posteriores al cambio, por lo cual firmo como aceptado.

Firmado en: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA**

DESCRIPCIÓN	RECIBIDO POR	REVISADO POR
NOMBRE		
CARGO		
DEPARTAMENTO		
FECHA		
FIRMA		

“Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá “