

FORMULARIO DE AUTO CERTIFICACIÓN RESIDENCIA FISCAL PERSONA NATURAL

SECCIÓN 1 – DATOS PERSONALES

Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pasaporte	No. de identificación:		
Género: Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>	Edad:	Fecha de nacimiento: día___ mes___ año_____	
Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:	

SECCIÓN 2 – RESIDENCIAL FISCAL

País de residencia fiscal*: <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Especifique:		
Número de Identificación fiscal (RUC, GIIN, NIF, TIN, etc):		País de emisión:	
Dirección permanente de residencia (calle, número, piso, departamento, referencia de ubicación):			
Provincia:	Ciudad:	País:	
No. Celular:	Teléfono domicilio:	Correo electrónico:	Código postal:

SECCIÓN 3 – DECLARACIONES

1. Me comprometo a informar inmediatamente a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. sobre cualquier cambio en las circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. un formulario actualizado y apropiado de auto-certificación de residencia fiscal en un plazo de 30 días a partir de la fecha del cambio en las circunstancias.

SECCIÓN 4 – AUTORIZACIONES


1. Autorizo a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. a proporcionar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar de SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. para fines fiscales, así como a informar a las autoridades fiscales cualquier información adicional que pudiese poseer SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. y que es pertinente para mi calificación para cualquier beneficio reclamado con base en esta certificación de acuerdo a la normativa tributaria vigente.

SECCIÓN 5 – FIRMAS

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido de la presente solicitud y declaro que la información que ha suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será utilizada por **SEGUROS DEL PICHINCHA** para la emisión de pólizas de seguros:

Lugar y fecha: _____

Firma del asegurado



Seguros del Pichincha

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DEL PICHINCHA

Nombre:	Fecha:
Cargo:	
_____ Firma del asesor	

(*) Si Ud es una persona natural y el país de su residencia fiscal es diferente a Ecuador o tiene una residencia fiscal adicional debe llenar el formulario de auto certificación de residencia fiscal de persona natural.

La Residencia fiscal la establece la legislación de cada país y su relación podría ser por permanencia, ingresos, vínculos familiares, pago de impuestos, activos, entre otros. Consulte con su asesor tributario.

Una persona natural puede tener más de una residencia fiscal.

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-57-872004420-11032021 el 11-03-2021.