

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL ESTATUS DE CONTRIBUYENTES ESTADOUNIDENSES

Asegurado Propuesto / Asegurado	Dueño Propuesto / Dueño	Fecha de Nacimiento <u>o</u> No. de Póliza
---------------------------------	-------------------------	--

¿Cuáles de las siguientes opciones aplica al dueño de la póliza? (Sólo marque las opciones que apliquen)

Indicadores Estadounidenses	Documentación <u>o</u> Información Requerida	Documento(s) Adjunto(s)
Ciudadano o residente de Estados Unidos de América (incluyendo doble ciudadanía) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Entidad incorporada, organizada o domiciliada en Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó Sí, provea un W-9.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estados Unidos de América como lugar de nacimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó Sí, provea un W-9 <u>o</u> un W-8BEN <u>y</u> un Certificado de Pérdida de Nacionalidad Estadounidenses <u>o</u> provea una explicación escrita que justifique la renuncia a su ciudadanía estadounidense; <u>y</u> provea un pasaporte no-estadounidense <u>u</u> otra documentación similar como prueba de su ciudadanía extranjera (no-estadounidenses).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Permanece más de 90 días al año en Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó Sí, provea un W-9 <u>o</u> un W-8BEN <u>y</u> provea un pasaporte no-estadounidense <u>u</u> otra documentación similar como prueba de su ciudadanía extranjera (no-estadounidenses).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Entidad integrada por dueños sustanciales que son estadounidenses cada dueño sustancial posee 10% o más de la entidad. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó Sí, provea un W-8BEN-E <u>y</u> el nombre, la dirección y el TIN (Número de Identificación Tributaria, por sus siglas en inglés) de cada dueño sustancial estadounidenses.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número telefónico de Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó Sí, ¿tiene un número telefónico no-estadounidense? De ser así, por favor provea el número telefónico: Si marcó No, provea un pasaporte no-estadounidense <u>u</u> otra documentación similar como prueba de su ciudadanía extranjera (no-estadounidenses).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de Estados Unidos de América (residencia, correspondencia o casillero postal / P.O. Box) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó Sí ¿tiene una dirección no-estadounidense? De ser así, por favor provea la dirección: Si marcó No, provea un pasaporte no-estadounidense <u>u</u> otra documentación similar como prueba de su ciudadanía extranjera (no-estadounidenses).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se ha otorgado poder o firma autorizada a una persona con dirección en Estados Unidos de América <u>o</u> se ha designado una dirección "al cuidado de" <u>o</u> una dirección de "retención de correspondencia" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó Sí, provea un W-8BEN <u>o</u> un pasaporte no-estadounidense <u>u</u> otra documentación similar que establezca su ciudadanía extranjera (no-estadounidenses).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor, marque esta casilla si ninguno de los indicadores estadounidenses señalados en este cuestionario aplican al dueño de la póliza.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar el presente documento, el asegurado y/o dueño de la póliza reconoce y accede a que, conforme a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA, por sus siglas en inglés) promulgada bajo las leyes de Estados Unidos de América (EE. UU.), Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. es o podría ser requerida a divulgar y a reportar información concerniente a su cuenta a las autoridades pertinentes, las cuales incluye pero no necesariamente se limita al Servicio de Rentas Internas de Estados Unidos ("las Autoridades"). El dueño de la póliza, voluntaria, expresa e incondicionalmente, autoriza a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. a divulgar y a reportar a las Autoridades cualquier y toda información concerniente a la póliza emitida por Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S. A.

Al firmar este cuestionario, el dueño de la póliza certifica que las declaraciones y las contestaciones expuestas en este cuestionario son verdaderas, correctas y completas según su propio conocimiento so pena de incurrir en el delito de perjurio. De llevarse a cabo algún cambio en su estatus como contribuyente de Estados Unidos de América o si el contrato de la póliza es transferido a otro dueño que sea ciudadano o residente de Estados Unidos de América, el dueño de la póliza deber informar a la Compañía en un plazo de (30) días calendario. Hágase notar que cualquier falsedad o distorsión del estatus del contribuyente por un ciudadano o residente de Estados Unidos de América puede resultar en acción penal bajo las leyes de Estados Unidos de América.

Firma del Dueño (En el caso de una Corporación, Sociedad o Fideicomiso, se requiere la firma del Oficial, Socio o Fideicomisario, en nombre del asegurado)	Fecha
X _____	