# AMERICAN FIDELITY INTERNATIONAL (BERMUDA) LTD.
**Hamilton, Bermuda HMHX**

# CUESTIONARIO DEL DECRETO DE CUENTA EXTRANJERA DE CUMPLIMIENTO TRIBUTARIO Y ESTANDAR COMUN DE REPORTE

**Si el Beneficiario de la Póliza es un individuo esta forma debe de ser completada. Si el Beneficiario de la Póliza es una Compañía la forma DN122B_Compañía debe ser completada**

## Información del Beneficiario de la Póliza

| Apellido | Segundo Apellido | Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |
| Fecha de Nacimiento ) (dd/mm/aaaa) | Lugar y País de Nacimiento | País(es) de Ciudadanía(s), liste todos si es más de uno | |

Dirección Residencial, Número y Calle (no se acepta Apartado Postal) Ciudad/Estado País Código Postal

Dirección de Envío de Correspondencia (si es diferente a la Residencial) Ciudad/Estado País Código Postal

¿Es el beneficiario un ciudadano de los Estados Unidos (U.S.A.) y/o residente de los U.S.A. por propósitos fiscales (tarjeta de residencia-green card- o residente bajo la prueba de presencia sustancial)? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es Sí, liste lo aplicable # de SSN o ITIN _____

¿Es el beneficiario un residente fiscal o pagador fiscal en otro país o jurisdicción diferente de los U.S.A.? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es Sí, liste los países y el número de referencia fiscal que aplica por cada país y jurisdicción:

| País de residencia fiscal | Número de referencia fiscal (o equivalente) |
|---|---|
| | |
| | |

## Reconocimiento y Firmas para Beneficiarios No Estadounidense

**(Si el beneficiario no es un ciudadano de U.S.A. y/o residente a efectos fiscales en U.S.A. (tarjeta de residencia o residente bajo la prueba de presencia sustancial) este reconocimiento debe ser completado.)**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de su residencia fiscal o como completar cualquier parte de este formulario, por favor póngase en contacto con su asesor de impuestos.
Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado la información en este cuestionario y a mi mejor entender y creencia esta información es verdadera, correcta y completa. Además, certifico bajo pena de perjurio que:

- Soy una persona que es el beneficiario de todos los ingresos de la póliza.
- No soy una persona que es ciudadana o residente de los Estados Unidos.
- Los ingresos de esta póliza no están relacionado con la explotación de una industria o negocio en los U.S.A.

Autorizo que esta forma y cualquier información sobre esta póliza sea proporcionada a cualquier agente de retención que tiene el control, recibo, o custodia de los ingresos de los cuales yo soy el beneficiario o cualquier agente de retención que pueda desembolsar o hacer pagos de los ingresos de los cuales yo soy el beneficiario. Además, por la presente autorizo a AFIBL reportar información sobre esta póliza a las autoridades fiscales relevantes para los propósitos de la Decreto de Cuentas Extranjeras de Cumplimiento Tributario de U.S. (FATCA), FATCA del Reino Unido y el Estándar Común de Reporte (CRS).

**Estoy de acuerdo que voy a presentar un nuevo Cuestionario del Decreto de Cuenta Extranjera de Cumplimiento Tributario y Estándar Común de Reporte en el plazo de 30 días, en caso de que cualquier certificación hecha en esta forma fuese incorrecta.**

Firma de Beneficiario No de U.S.A Fecha (dd/mm/aaaa) Nombre Imprenta de Beneficiario No de U.S.A

## Reconocimiento y Firmas para Beneficiarios Estadounidense

**(Si el beneficiario es un ciudadano de U.S y/o residente a efectos fiscales de U.S.A. (tarjeta de residencia o residente bajo la prueba de presencia sustancial) este reconocimiento y la forma W-9 deben ser completados.)**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de su residencia fiscal o como completar cualquier parte de este formulario, por favor póngase en contacto con su asesor de impuestos.

Reconozco que como beneficiario de la póliza, que los ingresos de esta póliza no pueden ser pagado a menos que de mi consentimiento a AFIBL a reportar los ingresos de esta póliza Servicio Interno de Impuestos (IRS) y proveer mi número de pago fiscal de los Estados Unidos. Por lo tanto doy mi consentimiento a AFIBL a reportar al IRS la información relacionada con esta póliza que el IRS requiera. Además, por la presente autorizo a AFIBL reportar información sobre esta póliza a las autoridades fiscales relevantes para los propósitos de (FATCA), FATCA del Reino Unido y CRS.

**Estoy de acuerdo que voy a presentar un nuevo Cuestionario del Decreto de Cuenta Extranjera de Cumplimiento Tributario y Estándar Común de Reporte en el plazo de 30 días, en caso de que cualquier certificación hecha en esta forma fuese incorrecta.**

| Firma de Beneficiario de U.S.A | Fecha (dd/mm/aaaa) | Nombre Imprenta de Beneficiario de U.S.A |
|---|---|---|



El presente formulario puede ser presentado en español o portugués como cortesía para los clientes. Sin embargo, tanto el contrato como los formularios de la póliza se entregan únicamente en inglés. La versión en inglés del presente formulario es la que tiene validez en todo momento. Para solicitar copia de este documento en versión en Inglés, sírvase comunicarse con la compañía utilizando la información de contacto que aparece en la página frontal de la póliza.