

# FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO FISCAL INTERNACIONAL PRIVATE WEALTH PORTFOLIO ESPAÑA

## ANTES DE COMENZAR

Por favor, complete la sección que corresponda de este formulario tecleando los datos en los espacios pertinentes. Una vez completado, imprima el formulario y fírmelo. Alternativamente, imprímalo y complételo EN MAYÚSCULAS usando tinta azul o negra.

Si se precisa cambiar alguna de las informaciones del presente formulario, tienen que visarla todos los tomadores del seguro.

La ley irlandesa exige que Utmost PanEurope dac (Utmost PanEurope) solicite información fiscal al Tomador del Seguro. Utmost PanEurope puede venir obligada a transmitir esta información a las autoridades fiscales y aduaneras (*Office of the Revenue Commissioners*) de Irlanda. Este formulario contiene la información solicitada de acuerdo a:

- i. la *Ley De Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras* los Estados Unidos de América conocida como FATCA («Foreign Account Tax Compliance Act»), basado en el Acuerdo Intergubernamental firmado el 21 de diciembre de 2012 entre el Gobierno de Estados Unidos y el Gobierno irlandés.
- ii. la Norma sobre el intercambio automático de información de cuentas financieras comúnmente conocida como «*global standard for automatic exchange of financial account information*» (CRS), transpuesta a la legislación irlandesa. En caso de que el (los) Tomador(es) sean personas físicas, sólo es necesario completar e imprimir las páginas 1, 2 y 5.

## A WEALTH *of* DIFFERENCE

Utmost Wealth Solutions es una marca comercial utilizada por varias empresas Utmost. Este documento ha sido emitido por Utmost PanEurope dac. Utmost PanEurope dac está regulada por el Banco Central de Irlanda (Central Bank of Ireland).

Utmost PanEurope dac es una designated activity company registrada en Irlanda (Número 311420) con Domicilio Social en Navan Business Park, Athlumney, Navan, Co. Meath C15 CCW8, Ireland.

Utmost PanEurope dac está autorizada para operar en España en régimen de libertad de prestación de servicios (LPS) y está debidamente registrada a estos efectos en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número L0466.

UPE\_WS PR 00059/25.06.2020

T +353 (0)46 909 9700  
F +353 (0)46 909 9849  
E [ccsfrontoffice@utmost.ie](mailto:ccsfrontoffice@utmost.ie)  
W [utmost.ie](http://utmost.ie)

**1 DATOS DE LA PÓLIZA**

**MANDATORY**

Número de póliza	<input type="text"/>	
Tomador del Seguro	<input type="text"/>	
Beneficiario <sup>1</sup>	<input type="text"/>	
Persona física	<input type="checkbox"/>	Entidad <input type="checkbox"/>

**2 PERSONA FÍSICA**

**MANDATORY**

Si hubiere más de dos Tomadores de Seguros / Beneficiarios, por favor utilice una hoja adicional para proporcionar la información requerida.

	<b>Primer Tomador de Seguro/ Beneficiario</b>	<b>Segundo Tomador de Seguro/ Beneficiario (si lo hubiere)</b>
Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="d"/> <input type="text" value="d"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/>	<input type="text" value="d"/> <input type="text" value="d"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/>
Dirección de residencia actual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País de residencia fiscal <sup>2</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Identificación Fiscal (NIF o TIN, por sus siglas en inglés):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudadano de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, NIF (TIN, por sus siglas en inglés) federal de EE.UU	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup> Únicamente será necesario que el Beneficiario rellene este formulario en el supuesto de fallecimiento del Asegurado.

<sup>2</sup> En caso de que tenga su residencia fiscal en más de un país, por favor utilice una hoja adicional e indique el país de residencia fiscal y el NIF (TIN, por sus siglas en inglés) asociado.

3 ENTIDAD

MANDATORY

Dirección

País de constitución u organización

País de residencia fiscal<sup>3</sup>

Número de Identificación Fiscal (NIF o TIN, por sus siglas en inglés):

4 TODAS LAS ENTIDADES DEBEN COMPLETAR LA PARTE 1 Y 2

MANDATORY

PARTE 1  
LEY DE CUMPLIMIENTO TRIBUTARIO DE CUENTAS EXTRANJERAS (FATCA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

¿La entidad es una Institución Financiera Extranjera? Sí  No

**En caso afirmativo**, por favor indique su Número de Identificación de Intermediario Global (GIIN, por sus siglas en inglés)

En caso de que no tenga un GIIN pero le patrocine otra entidad (sponsoring entity), por favor indique el GIIN de su patrocinador (sponsoring entity)

En caso de que la entidad sea una Institución Financiera Extranjera pero no disponga de un GIIN o de un GIIN de patrocinador (sponsoring entity), la entidad será clasificada como una Institución Financiera Extranjera No Participante (NPFPI, por sus siglas en inglés).

**En caso negativo**, ¿la entidad ha sido clasificada como una Entidad Extranjera No Financiera Activa (NFFE, por sus siglas en inglés)? Sí  No

En caso de que la entidad no sea una Institución Financiera Extranjera o una NFFE Activa, la entidad será clasificada como NFFE **Pasiva y se deberá completar la parte 3.**

<sup>3</sup> En caso de que la entidad tenga su residencia fiscal en más de un país, por favor utilice una hoja adicional e indique el país de residencia fiscal y el NIF (TIN por sus siglas en inglés) asociado. En caso de no tener la residencia fiscal en ningún país, por favor indique el país de su sede de dirección efectiva o la ubicación de la oficina principal.

**PARTE 2**  
ESTÁNDAR COMÚN DE INFORMACIÓN (CRS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

a. ¿La entidad es una Institución Financiera? Sí  No

**En caso afirmativo**, y la Institución Financiera es una Entidad Inversora ubicada en una jurisdicción no participante y gestionada por otra Institución Financiera, **se deberá completar la parte 3.**

En caso de que esto sea de aplicación, por favor marque la casilla y pase a la parte 3.

**En caso negativo**, ¿la entidad está exenta de informar bajo el CRS? Sí  No

b. En caso de respuesta negativa a la pregunta a, ¿la entidad ha sido clasificada como Entidad No Financiera Activa (NFE, por sus siglas en inglés)? Sí  No

En caso de que la entidad no sea una Institución Financiera o una NFE Activa, la entidad será clasificada como NFE **Pasiva** y **se deberá completar la parte 3.**

**PARTE 3**  
PERSONAS QUE EJERCEN EL CONTROL

Cuando sea requerido y según lo indicado por sus respuestas precedentes, por favor proporcione los detalles de todas las Personas que ejercen el Control identificadas como parte de la prevención del blanqueo de capitales y de los procesos de KYC. En el caso de que haya más de dos Personas que ejerzan el Control, por favor utilice una hoja adicional para proporcionar la información requerida.

	Primera Persona que ejerce el Control	Segunda Persona que ejerce el Control (si la hubiere)
Nombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Dirección de residencia actual	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
País de residencia fiscal <sup>4</sup>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Número de Identificación Fiscal (NIF o TIN, por sus siglas en inglés)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ciudadano de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, NIF (TIN, por sus siglas en inglés) federal de EE.UU	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

<sup>4</sup> En caso de que tenga su residencia fiscal en más de un país, por favor utilice una hoja adicional e indique el país de residencia fiscal y el NIF (TIN, por sus siglas en inglés) asociado.

Mi firma al pie confirma que:

- › Soy consciente de que la información contenida en este formulario y la información relativa a mi Póliza podrá compartirse con las autoridades fiscales (*Office of the Revenue Commissioners*) de Irlanda e intercambiarse con las autoridades fiscales de otro país o países según lo requerido por acuerdos intergubernamentales.
- › Acepto informar a Utmost PanEurope en el plazo de 30 días de un cambio en las circunstancias que haga que cualquier información de este formulario devenga incorrecta, mediante la cumplimentación de un nuevo formulario de Autocertificación de Cumplimiento Fiscal Internacional.
- › Declaro haber revisado la información del presente formulario y según mi leal saber y entender, es verdadera, correcta y completa.

	<b>Primer Tomador del Seguro/ Beneficiario</b>	<b>Firma del segundo Tomador del Seguro/Beneficiario: (si lo hubiere)</b>
<b>FIRMA</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre completo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text" value="d"/> <input type="text" value="d"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/>	<input type="text" value="d"/> <input type="text" value="d"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/>