

Persona Natural

1. Información Básica Personal

Nombres		Apellidos		
Tipo de documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> PAST <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de documento	País de expedición	Fecha de expedición
Tipo de Documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> PAST <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de documento	País de expedición	Fecha de expedición
Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Nacionalidad 1	Nacionalidad 2	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____		Ocupación u oficio	Profesión	
Correo electrónico			Idioma nativo	
Sí es asalariado, por favor indique el nombre de la compañía			Industria	Antigüedad
Dirección Oficina		Dirección		
Si es su dirección principal marque <input type="checkbox"/>				
Ciudad	Distrito		País	
Código postal	Teléfono		Celular	
Dirección de residencia		Dirección		
Si es su dirección principal marque <input type="checkbox"/>				
Ciudad	Distrito		País	
Código postal	Teléfono		Celular	
¿Ha sido usted o algún miembro de su familia SERVIDOR PÚBLICO o militar de ALTO rango durante los últimos cinco (5) años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre		Parentesco		
Cargo		Institución		

2. Información Financiera

Activos	Pasivos	Ingresos anuales
¿Ha sufrido su patrimonio un cambio sustancial en los 2 últimos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo explique _____		
¿Es usted empleado o algún familiar tiene relación con el Grupo Credicorp? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene usted otras cuentas de Inversión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo indique el nombre de la firma _____

3. Cumplimiento Tributario

Por este medio certifico que he cumplido y cumpliré con todas mis obligaciones tributarias en cualquier jurisdicción que me resulte aplicable por motivo de mi nacionalidad, residencia fiscal, domicilio o cualquier otra consideración, respecto de los dineros e inversiones entrantes o salientes de la(s) cuenta(s), abierta(s) con ASB Bank Corp.

En consecuencia, ASB Bank Corp., sus Directores, Dignatarios, Ejecutivos y Agentes, quedan liberados de toda responsabilidad derivada del incumplimiento de dichas obligaciones tributarias, y me comprometo a mantenerlos indemnes por los daños y perjuicios que puedan surgir de dichas actuaciones u omisiones.

4. Autocertificación de Residencia Fiscal - Individual

La información proporcionada en esta auto-certificación es requerida para cumplir con acuerdos internacionales para el intercambio automático de información financiera (AEoI) suscritos o que suscriba Panamá; así como cualquier otra legislación local o internacional relacionada con ello, tales como la Ley 51 del 27 de octubre de 2016 y cualquier otra norma vinculada, incluyendo modificaciones en el tiempo.

Considere que este formulario debe ser completado independientemente que se le haya sido requerido proporcionar un formulario W-8BEN o W-9 para fines de la Ley de Cumplimiento Fiscal para Cuentas en el Extranjero de los Estados Unidos de América (FATCA por sus siglas en inglés).

País o países de Residencia Fiscal	Tipo de Número de Referencia Fiscal	Número de Registro de Contribuyente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Favor indicar "No aplicable" si la jurisdicción no emite o si no fuera posible obtener un Número de Registros de Contribuyente o su equivalente. Por favor especificar la razón por la cual dicho Número de Registro de Contribuyente no está disponible.

5. Declaración y Compromiso

- Declaro bajo gravedad de juramento que la información proporcionada en este formulario, a mi mejor saber y entender, es correcta y completa. De igual manera, declaro que no tengo residencia(s) fiscal(es) en otro(s) país(es) que no haya(n) sido colocado(s) en este formulario y me comprometo a comunicar a ASB Bank Corp., cualquier cambio de circunstancias que ocasione que la información contenida en este formulario sea incorrecta y a proporcionar un formulario con la información actualizada en un plazo de 30 días calendario, a partir de la fecha del cambio de circunstancias.
- Entiendo y acepto que ASB Bank Corp. podrá divulgar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o proporcionar una copia de la misma, a la autoridad fiscal o gubernamental pertinente, en cumplimiento de obligaciones legales, por lo cual autorizo a ASB Bank Corp. a realizar dicha divulgación. También entiendo y acuerdo que proveer información o certificaciones falsas en este formulario puede dar lugar a sanciones en mi contra. Por este medio, acuerdo mantener libre de toda responsabilidad e indemnizar a ASB Bank Corp. de toda pérdida, daño, multa, acción, demanda, juicios, costos (incluyendo, sin limitación, los gastos y honorarios de abogados), ya sea que se presente o no una demanda, que se pueda imponer o sea incurrida por ASB Bank Corp. con respecto a la ejecución de las medidas indicadas en este formulario.
- En caso de actuar en nombre y representación de otra persona para efectos de firmar este formulario, declaro que tengo la capacidad legal para actuar por dicha persona.

6. Firma

Firma

Nombre

Fecha