

## DICHIARAZIONE AI FINI CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

A seguito dell'emanazione della legge di ratifica dell'IGA Italia ai fini FATCA che include i primi obblighi CRS le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali dei paesi che hanno aderito all'accordo, tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da soggetti che hanno residenze fiscali all'estero per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità di quei paesi. La Società è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente/Beneficiario. I dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Società e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Società si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'Interessato. Il Soggetto si impegna a notificare tempestivamente alla Società ogni eventuale variazione.

- Allegato alla Proposta di emissione n. \_\_\_\_\_
- Allegato alla Domanda di adeguamento delle prestazioni della Polizza n. \_\_\_\_\_
- Allegato alla Richiesta di variazione della Polizza n. \_\_\_\_\_
- Allegato alla Domanda di liquidazione (compreso Modulo per la liquidazione polizza Farpiù) della Polizza n. \_\_\_\_\_
- Allegato al Modulo per l'identificazione dei Beneficiari della Polizza n. \_\_\_\_\_
- Allegato al Modulo per l'adeguata verifica della clientela della Polizza n. \_\_\_\_\_
- Allegato alla Quietanza di liquidazione della Polizza n. \_\_\_\_\_

Io Sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale | \_\_\_\_\_

### SEZIONE PERSONA FISICA

in qualità di

Contraente  Beneficiario

dichiaro di

- NON AVERE** residenze fiscali al di fuori dell'Italia
- AVERE** residenza/e fiscale/i al di fuori dell'Italia di cui si specificano i dettagli nel seguito

### SEZIONE PERSONA GIURIDICA

in qualità di

Legale Rappresentante  Delegato di

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_\_\_\_\_ Partita IVA | \_\_\_\_\_

dichiaro che

- la Società/Ente Contraente
- la Società/Ente Beneficiario
- il Titolare Effettivo - Nome e cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale | \_\_\_\_\_
- NON HA** residenze fiscali al di fuori dell'Italia
- HA** residenza/e fiscale/i al di fuori dell'Italia di cui si specificano i dettagli nel seguito

#### In caso affermativo o per rettificare precedenti dichiarazioni indicare:

Nazione \_\_\_\_\_ Cod. id. fiscale \_\_\_\_\_ Data fine effetto \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Cod. id. fiscale \_\_\_\_\_ Data fine effetto \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Cod. id. fiscale \_\_\_\_\_ Data fine effetto \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto a Alleanza Assicurazioni S.p.A. qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

barcode