

Dichiarazione americanità ai fini FATCA (persone giuridiche – contraente/beneficiario)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli U.S.A. per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia 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 Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato.

Il sottoscritto

Cognome e Nome.....
SessoCodice fiscale.....
Data nascita.....Località di nascita.....
Provincia di nascita.....Nazione di nascita.....
Cittadinanza.....
Tipologia documento personale
Numero documento
Data rilascioData scadenza.....
Ente di rilascio.....Località di rilascio.....
Provincia di rilascio.....Nazione di rilascio.....

In qualità di Legale rappresentante della società :

Ragione Sociale /Ente.....
Comune fondazione..... Provincia fondazione.....
Data fondazione Codice fiscale.....
Indirizzo sede legale.....
N°.....CAP.....Località sede legale.....
Comune sede legale
Provincia sede legaleNazione sede legale
SAE (Sottogruppo Attività Economica).....
RAE (Ramo/gruppo Attività Economica).....

In relazione alla proposta/polizza nr.

Agenzia.....codice....., della quale la sopracitata società è
 Contraente
 Beneficiaria
dichiara

che la società NON ha sede legale o stabili organizzazioni negli Stati Uniti d'America.

In alternativa

che la società è una "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

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.....



Dichiarazione americanità ai fini FATCA (persone giuridiche – titolare effettivo)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli U.S.A. per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia 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 Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato.

Il sottoscritto

Cognome e Nome.....

Codice fiscale.....

Nella sua qualità di Legale rappresentante della società :

Ragione Sociale /Ente.....

Codice fiscale.....

in relazione alla proposta/polizza nr.Agenzia.....codice.....

dichiara che il titolare effettivo della società, i cui estremi identificativi sono i seguenti :

Cognome e Nome.....

SessoCodice fiscale.....

Data nascita.....Località di nascita.....

Provincia di nascita.....Nazione di nascita.....

Cittadinanza.....

Indirizzo di residenza.....

N°.....CAP.....Località.....

Comune di residenza.....

Provincia di residenza.....Nazione di residenza.....

Tipologia documento personale

Numero documento

Data rilascioData scadenza.....

Ente di rilascio.....Località di rilascio.....

Provincia di rilascio..... Nazione di rilascio.....

NON è cittadino degli Stati Uniti d'America e **NON** ha la residenza fiscale negli Stati Uniti;

In alternativa

è cittadino degli Stati Uniti d'America o "U.S.Person" (come definito dalla normativa fiscale americana) ed allega apposito "Form W-9".

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

Luogo e dataFirma.....

