

Autocertificazione relativa allo status fiscale per entità giuridiche (fondazioni e Trust inclusi)

Dichiarazione del domicilio fiscale

ISTRUZIONI

Il governo del Liechtenstein ha concluso una serie di accordi intergovernativi per un eventuale scambio di informazioni con le autorità fiscali in altri Paesi (accordo FATCA¹ con gli Stati Uniti, accordo SAI² con vari Stati a livello globale) e ne concluderà ancora di simili (vale a dire che si aggiungeranno altri Paesi partner nell'ambito dello scambio automatico di informazioni). L'obbligo di raccogliere determinate informazioni sui regolamenti fiscali di ciascun cliente è sancito per legge nel Liechtenstein e noi siamo tenuti a richiedere queste informazioni in qualità di Compagnia di Assicurazione Vita. I dati del vostro domicilio fiscale e del vostro codice di identificazione fiscale (se disponibile) che vi chiediamo saranno da noi registrati e trasmessi alle autorità fiscali competenti solo nel momento in cui ci verrà imposto dalla legislazione del Liechtenstein.

¹ FATCA: Foreign Account Tax Compliance Act

² SAI: Scambio automatico di informazioni

Autocertificazione

PARTE I

Numero di polizza _____

Nome _____

Data di costituzione _____

Paese di costituzione _____

Indirizzo aziendale _____

Codice postale/luogo _____

Paese di domicilio _____

Ruolo (si prega di barrare la parte interessata):

Contraente

Pagatore/trice del premio

Beneficiario/a del pagamento

1. Dove è il suo DOMICILIO FISCALE come entità giuridica?

La preghiamo di indicare il Paese o i Paesi nel quale/nei quali l'entità giuridica ha il suo domicilio fiscale con il relativo/i codice/i di identificazione fiscale/i (TIN/se disponibile/i):

	Domicilio fiscale	Codice/i di identificazione fiscale	Motivo per cui non è stato indicato un TIN*
1			
2			

* I motivi possono essere i seguenti: a) Lo Stato di residenza non emette un TIN; b) Lo Stato di residenza non richiede l'ottenimento di un TIN c) Altri motivi (si prega di specificare).

Se non è sicuro/a di come deve compilare il presente modulo, **le consigliamo di rivolgersi al suo consulente fiscale o legale.**

2. Il presente documento deve essere compilato da ciascun Contraente e da ciascun Beneficiario del pagamento (se diverso dal Contraente).

3. Si prega di spedire il presente modulo con tutti i documenti necessari a Youplus Assurance AG, Austrasse 14, 9495 Triesen, Liechtenstein.

Il/la Contraente/i e il Beneficiario del pagamento sono consapevoli che Youplus Assurance AG è tenuta a fornire i dati personali (ad es. nominativo, indirizzo, codice di identificazione fiscale) rilevanti per l'accordo FATCA definito tra gli Stati Uniti e il Liechtenstein e per altri accordi intergovernativi come SAI all'autorità competente del Liechtenstein, la quale li inoltrerà alle autorità competenti del Paese in questione. A tale proposito Youplus Assurance AG è svincolata dal segreto assicurativo.

Il Contraente è tenuto a comunicare immediatamente a Youplus Assurance AG tutte le modifiche relative allo status fiscale della persona in questione.

L'entità giuridica conferma con la presente che, a quanto consta, le informazioni fornite in questo modulo sono complete e corrette. L'entità giuridica riconosce che l'indicazione caratterizzata da dolo o colpa di informazioni false in questa autodichiarazione, l'omessa comunicazione di un cambiamento di circostanze o l'indicazione di informazioni false in relazione a cambiamenti di circostanze è punibile dalla legge.

In qualità di firmatario autorizzato dell'entità giuridica, dichiaro, a pena di falsa testimonianza, di aver esaminato le informazioni contenute nel presente modulo e in scienza e coscienza ne attesto la veridicità, la correttezza e la completezza.

Luogo

Data

**Firma (firma del firmatario autorizzato),
(Firma autografa richiesta)**

Si prega di compilare anche la PARTE II e, se del caso, anche l'Appendice 1.

PARTE II

Numero di polizza _____

Legale/i rappresentante/i _____

PARTE II A: FATCA

Nota: il termine US-Person si riferisce ad entità giuridiche, le quali

- sono domiciliate negli Stati Uniti o in un territorio soggetto a sovranità statunitense; oppure
- sono sottoposte alla legislazione degli Stati Uniti oppure di un territorio soggetto a sovranità statunitense

Documenti

Per entità giuridiche le quali sono US-Person si prega di allegare:

- modulo W-9
- modulo autenticato FinCEN Report 114 (ex FBAR) e modulo 8938 (statement of specified foreign financial assets) per l'ultimo anno fiscale riferito alla polizza
- CPA Letter

Per entità giuridiche, le quali non sono US-Person si prega di allegare:

- l'apposito modulo W-8 (W-8BEN-E, W-8IMY oppure W-8EXP)

Per FATCA si prega di indicare la classificazione dell'entità giuridica e di allegar l'apposito modulo W-8 (ad es. W-8BEN-E, W-8IMY, W-8EXP) oppure il modulo W-9 e, se del caso, di compilare l'Appendice 1.

- Reporting Foreign Financial Institution; tipo³: _____
- Non-Reporting Foreign Financial Institution; tipo⁴: _____
- Participating Foreign Financial Institution
- Non-Participating Foreign Financial Institution
- Active Non-Financial Foreign Entity (Active NFFE), tipo⁵: _____
- Passive Non-Financial Foreign Entity (passive NFFE – si prega di compilare l'Appendice 1)
- Altre (si prega di specificare): _____

GIIN (ad es. per Foreign Financial Institutions, Sponsored Entities oppure Trustee Documented Trusts registrate presso l'IRS): _____

³ Istituzione di deposito, istituzione di custodia, impresa di assicurazioni specificata o un'entità di investimento tenuta ad obblighi di reporting.

⁴ Ad esempio, Trustee Documented Trust, Sponsored Investment Entity, Sponsored Closely-Held Investment Vehicles.

⁵ Società attiva (ad es., società commerciale, impresa artigiana), Holding NFFE, entità giuridiche senza scopo di lucro, entità giuridiche quotate in borsa (o entità giuridiche collegate di un'entità giuridica quotata in borsa), imprese start-up o imprese in liquidazione.

PARTE II B: SAI

Per SAI si prega di indicare la classificazione dell'entità giuridica e, se del caso, di compilare l'Appendice 1:

- Reporting Financial Institution
- Non-Reporting Financial Institution
- Active Non-Financial Entity (Active NFFE)
- Passive Non-Financial Foreign Entity (Passive NFFE – si prega di compilare l'Appendice 1)

Codice di identificazione fiscale/TIN⁶: _____

Luogo

Data

**Firma (firma del firmatario autorizzato),
(Firma autografa richiesta)**

⁶ Tax Identification Number; il codice di identificazione fiscale può variare considerevolmente da un Paese all'altro, si veda al riguardo https://ec.europa.eu/taxation_customs/tin/tinByCountry.html

Appendice 1 per Passive NFFE

Si prega di inserire i dati di tutti i detentori del controllo ("Controlling Person"). Per le persone giuridiche come ad es. società per azioni, società a responsabilità limitata o enti aventi forma giuridica tale definizione ricomprende i soggetti che direttamente o indirettamente controllano almeno il 25% dell'entità giuridica o esercitano su di essa un'altra forma di controllo. In assenza di tali soggetti, devono essere riportati tutti i membri dell'organo (ad es. consiglio di amministrazione) e tutti i membri della direzione.

Per le fondazioni, i Trust e le entità giuridiche analoghe alle fondazioni, tale definizione ricomprende i soggetti come fondatori/disponenti ("Settlor"), membri del consiglio di fondazione/"Trustee"/membri dell'organo, Protector, beneficiari o soggetti appartenenti alla cerchia dei beneficiari e qualsiasi altra persona fisica che in definitiva esercita un controllo effettivo sull'entità giuridica.

Per ciascun detentore del controllo ("Controlling Person") si prega di compilare un'Appendice 1 separata.

Detentore del controllo/Controlling Person	
Ruolo	Per persone giuridiche: <input type="checkbox"/> Azionista/socio <input type="checkbox"/> Titolare dei diritti di fondatore <input type="checkbox"/> Persona esercitante un'altra forma di controllo <input type="checkbox"/> Membro del consiglio di amministrazione o della direzione <input type="checkbox"/> Altro: _____ Per fondazioni/Trust: <input type="checkbox"/> Fondatore/disponente <input type="checkbox"/> Membro del consiglio di fondazione, Trustee, membro dell'organo <input type="checkbox"/> Protector <input type="checkbox"/> Beneficiario/membro appartenente alla cerchia dei beneficiari <input type="checkbox"/> Persona che in definitiva esercita un controllo effettivo <input type="checkbox"/> Altro: _____
Cognome e nome	
Indirizzo di domicilio	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Nazionalità	
Principale domicilio fiscale	
Codice di identificazione fiscale	

In caso di US Person quale detentore del controllo/Controlling Person, deve essere allegato un modulo W-9 per ciascuna persona.



Con la presente dichiaro, a pena di falsa testimonianza, di aver esaminato le informazioni contenute nel presente modulo e in scienza e coscienza ne attesto la veridicità, la correttezza e la completezza.

Luogo

Data

Firma (firma del firmatario autorizzato),
(Firma autografa richiesta)