

## Dichiarazione di 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.....

Sesso .....Codice 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 rilascio .....Data 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 appositamente "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 data .....Firma.....

## Dichiarazione di 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.....  
Sesso .....Codice fiscale.....  
Data nascita.....Località di nascita.....  
Provincia di nascita.....Nazione di nascita.....  
Cittadinanza.....  
Tipologia documento personale .....  
Numero documento .....  
Data rilascio .....Data 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 legale .....Nazione sede legale .....  
SAE (Sottogruppo Attività Economica).....  
RAE (Ramo/gruppo Attività Economica).....  
Nr. GIIN (solo per soggetti che fanno attività finanziarie) .....

**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 appositamente "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 data ..... Firma.....



## **DICHIARAZIONE AI FINI CRS (COMMON REPORTING STANDARD)**

*(persone giuridiche – titolare effettivo)*

**Istruzioni:** compilare un modulo per ogni titolare effettivo

*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 Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal contraente/beneficiario/assicurato. 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.*

- Allegato alla proposta n. ....
- Allegato alla Richiesta di variazione/Liquidazione .....del contratto / polizza n.....  
Richiesta in data .....

### **Il sottoscritto**

Cognome e Nome..... Codice fiscale .....

**Nella sua qualità di:**       *Rappresentante legale*       *Delegato*

### **della persona giuridica**

Ragione Sociale/Ente .....

Partita IVA ..... Codice Fiscale.....

### **DICHIARA CHE IL TITOLARE EFFETTIVO**

Cognome e Nome..... Codice fiscale .....

*NON ha residenze fiscali al di fuori dell'Italia*

### *In alternativa*

*ha residenza/e fiscale/i al di fuori dell'Italia di cui specifico i seguenti dettagli:*

Nazione \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale \_\_\_\_\_

*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 data ..... Timbro e firma.....



## **DICHIARAZIONE AI FINI CRS (COMMON REPORTING STANDARD)**

*(persone giuridiche – contraente beneficiario)*

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 Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal contraente/beneficiario/assicurato. 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.

- Allegato alla proposta n. ....
- Allegato alla Richiesta di variazione/Liquidazione .....del contratto / polizza n.....  
Richiesta in data .....

### **Il sottoscritto**

Cognome e Nome..... Codice fiscale .....

**Nella sua qualità di:**      *Rappresentante legale*      *Delegato*

### **della persona giuridica**

Ragione Sociale/Ente .....

Partita IVA ..... Codice Fiscale.....

### **DICHIARA CHE LA CONTRAENTE**

*NON ha residenze fiscali al di fuori dell'Italia*

#### *In alternativa*

*ha residenza/e fiscale/i al di fuori dell'Italia di cui specifico i seguenti dettagli:*

Nazione \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale \_\_\_\_\_

*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 data ..... Timbro e firma.....