


NNN	INTESA SAN PAOLO LIFE	Autocertificazione di conformità fiscale FATCA/CRS/DAC2 per persone giuridiche - CONTRAENTE	 Polizza n.* _____
-----	--------------------------	---	---

Istruzioni per la compilazione

Siamo obbligati ai sensi delle Sezioni 891E, 891F, 891G e 730D del Taxes Consolidation Act 1997 (come modificato) e dalle norme vigenti adottate in base a tali sezioni di raccogliere alcune informazioni sul regime fiscale di ciascun contraente, rappresentante legale, beneficiario o contraente cessionario. Si prega di completare tutte le sezioni come indicato e fornire tutte le informazioni aggiuntive richieste. Si prega di notare che in determinate circostanze possiamo essere legalmente obbligati a condividere queste informazioni e altre informazioni finanziarie riguardo gli interessi del contraente, rappresentante legale, contraente cessionario con le autorità fiscali irlandesi (Office of the Revenue Commissioners in Ireland). Una volta ricevute da parte delle autorità fiscali irlandesi (Office of the Revenue Commissioners in Ireland) le informazioni possono essere scambiate con l'autorità fiscale della giurisdizione nella quale il contraente, rappresentante legale, contraente cessionario, sia residente fiscale. Le autorità fiscali di Irlanda scambieranno queste informazioni esclusivamente con altre giurisdizioni per le quali è prevista questa possibilità. Il presente modulo è destinato alla richiesta di informazioni solamente ove tale richiesta non sia vietata dalla legge irlandese. Si prega di notare che compilando questo modulo si forniscono informazioni personali che possono costituire dati personali ai sensi dei *Data Protection Acts* del 1998 e 2003 vigenti in Irlanda, come modificati dal *Data Protection Act 2018* recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale irlandese alle disposizioni del regolamento generale sulla protezione dei dati (General Data Protection Regulation (UE) n. 2016/679).

Per ulteriori informazioni su FATCA o sul CRS, si invita a consultare il sito delle autorità fiscali irlandesi: www.revenue.ie/en/business/aeoi/index.html o il seguente collegamento al portale informativo CRS OCSE: www.oecd.org/tax/automatic-exchange/ solo per il CRS.

Se una qualsiasi delle informazioni relative alla residenza fiscale del contraente o alla classificazione FATCA / CRS / DAC2 in futuro venissero a cambiare, si prega di farcelo sapere prontamente. Si prega di notare che in caso di beneficiari multipli o congiunti, ciascun beneficiario dovrà compilare un questionario di autocertificazione separatamente.

Prima di compilare il presente Modulo di Autocertificazione, si prega di leggere con attenzione le informazioni riportate sul retro.

Sezione 1 - Identificazione del Titolare della polizza

Nome del Titolare della polizza ("l'Entità")*

Paese di costituzione o organizzazione*

Attuale indirizzo registrato*

Numero* Via*

Città, Paese, Stato, Provincia o Contea*

Codice postale/CAP* Nazione*

Indirizzo di posta ordinaria (se diverso da quello indicato sopra)

Numero..... Via

Città, Paese, Stato, Provincia o Contea

Codice postale/CAP* Nazione*

Sezione 2 - Dichiarazione FATCA per i CITTADINI STATUNITENSIS

Si prega di barrare le caselle (a), (b) o (c) qui sotto e di compilare nel modo appropriato.

a) L'Entità è una Persona soggetta al Fisco statunitense e il Numero di identificazione del contribuente federale (*U.S. Federal TIN*) è il seguente:

U.S. Federal TIN _____

Oppure

b) L'Entità non è una Persona soggetta al Fisco statunitense (si prega di compilare anche le Sezioni 3, 4 e 5)

Oppure

c) L'Entità è un cittadino statunitense ma non è una Persona soggetta al Fisco statunitense (si prega di compilare anche le Sezioni 3, 4 e 5)

Si prega di indicare l'esenzione: _____

Se l'Entità non ha la residenza fiscale in alcuna giurisdizione (ad es. perché è considerata come trasparente sotto il profilo fiscale), si prega di indicarlo di seguito e di fornire la sede di direzione effettiva o la nazione in cui si trova la sede principale.

Nazione di residenza fiscale	Codice fiscale	** Se il TIN non è disponibile, selezionare (A, B o C) e la casella di spunta seguente

** Se il TIN non è disponibile, si prega di fornire una motivazione adeguata A, B o C ove indicato di seguito:

- Motivazione A - La nazione/giurisdizione in cui il titolare della polizza è residente non rilascia TIN o numeri analoghi ai propri residenti
- Motivazione B - Il titolare della polizza non è in grado di ottenere un TIN (se si seleziona la Motivazione B, si prega di spiegare il motivo per cui non si è in grado di ottenere un TIN)

- Motivazione C - Il TIN non è richiesto. (Nota: Selezionare questa motivazione solamente se la legge nazionale della nazione/giurisdizione pertinente non richiede la rilevazione dei TIN rilasciati da tale nazione/giurisdizione)

Sezione 5 - Classificazione delle entità secondo il CRS/la DAC2*

Le informazioni fornite nella presente sezione sono relative al CRS/alla DAC2. Si prega di notare che la classificazione secondo il CRS/la DAC2 potrebbe essere diversa da quella secondo quella secondo il FACTA nella Sezione 3 indicata in precedenza. Inoltre si prega di notare che le informazioni che l'Entità deve fornire possono essere diverse a seconda che sia o meno residente in una Giurisdizione partecipante o non partecipante secondo il CRS.

Per maggiori informazioni, si prega di consultare lo Standard del CRS/della DAC2 e i relativi commenti, vedi www.oecd.org/tax/automatic-exchange/common-reporting-standard/common-reporting-standard-and-related-commentaries/#d.en.345314

5.1 Istituzioni finanziarie secondo il CRS/la DAC2:

Se l'Entità è un'Istituzione finanziaria, residente sia in una Giurisdizione partecipante che non partecipante secondo il CRS, si prega di esaminare e barrare una delle seguenti categorie applicabili e di specificare il tipo di Istituzione finanziaria.

I.	Un'Istituzione finanziaria con obbligo di segnalazione residente in una giurisdizione partecipante secondo il CRS	<input type="checkbox"/>
II.	<p><input type="checkbox"/> Un'Entità d'investimento residente in una giurisdizione non partecipante e gestita da un'altra Istituzione finanziaria. (Se viene barrata questa casella, si prega di indicare il nome di tutte le persone fisiche che esercitano il controllo dell'Entità nella Sezione 6 seguente e compilare e includere separatamente i modelli di autocertificazione di ogni persona che esercita il controllo**)</p> <p><input type="checkbox"/> Un'Entità d'investimento residente in una giurisdizione non partecipante che non è gestita da un'altra Istituzione finanziaria</p> <p><input type="checkbox"/> Altro tipo di Istituzione finanziaria, compresa un'Istituzione finanziaria depositaria, un'Istituzione di custodia o un'impresa di assicurazione specificata</p>	<input type="checkbox"/>
III.	<p>Istituzione finanziaria senza obbligo di segnalazione secondo il CRS. Specificare il tipo di Istituzione finanziaria senza obbligo di segnalazione qui di seguito: <input type="checkbox"/> Ente governativo</p> <p><input type="checkbox"/> Organizzazione internazionale <input type="checkbox"/> Banca centrale</p> <p><input type="checkbox"/> Fondo pensione ad ampia partecipazione</p> <p><input type="checkbox"/> Fondo pensione a partecipazione ristretta</p> <p><input type="checkbox"/> Fondo pensione di un Ente governativo, di un'Organizzazione internazionale o di una Banca centrale <input type="checkbox"/> Veicolo di investimento collettivo esente</p> <p><input type="checkbox"/> Trust il cui fiduciario comunica tutte le informazioni richieste in relazione a tutti i Conti <input type="checkbox"/> con obbligo di segnalazione secondo il CRS</p> <p><input type="checkbox"/> Emittente di carte di credito qualificato</p> <p><input type="checkbox"/> Altro tipo di entità che secondo la legge nazionale presenta un rischio ridotto di essere utilizzata a fini di evasione fiscale.</p> <p>Specificare il tipo indicato nella legge nazionale: _____</p>	<input type="checkbox"/>

5.2 Istituzioni non finanziarie secondo il CRS/la DAC2:

Se l'Entità non è un'Istituzione finanziaria si prega di barrare una delle categorie seguenti:

I.	Entità non finanziaria attiva – una società le cui azioni sono negoziate regolarmente su una borsa valori consolidata oppure una società che è un'entità collegata a tale società Si prega di fornire il nome della borsa valori consolidata in cui le azioni della società sono regolarmente negoziate: _____".	<input type="checkbox"/>
II.	Entità non finanziaria attiva – un Ente governativo o una Banca centrale	<input type="checkbox"/>
III.	Entità non finanziaria attiva – un'Organizzazione internazionale	<input type="checkbox"/>
IV.	Entità non finanziaria attiva – diversa da (I)-(III) (ad esempio una start-up o una organizzazione no profit).	<input type="checkbox"/>
V.	Entità non finanziaria passiva (Se viene barrata questa casella, si prega di compilare un modello di autocertificazione di conformità fiscale per ogni persona che esercita il controllo**)	<input type="checkbox"/>

****Persona che esercita il controllo:**

N.B. Ove richiesto o indicato nelle risposte in precedenza, deve essere compilata un'"Autocertificazione di conformità fiscale per la persona che esercita il controllo" fornendo dettagli relativi a tutte le persone che esercitano il controllo identificate nell'ambito dei processi di anti-riciclaggio di denaro e di "conosci il tuo cliente". Se non ci sono persone fisiche che esercitano il controllo dell'Entità, la Persona che esercita il controllo sarà la/le persona/e fisica/e che occupa la posizione di dirigente di alto livello dell'Entità. Per maggiori informazioni sui requisiti di identificazione delle Persone che esercitano il controllo secondo il CRS/la DAC2, vedere il Commento alla Sezione VIII dello Standard CRS al www.oecd.org/tax/automatic-exchange/common-reporting-standard/common-reporting-standard-and-related-commentaries/#d.en.345314

Sezione 6 - Persone che esercitano il controllo

Nominativi di tutte le Persone che esercitano il controllo del Titolare della polizza:

Se si è barrata la sezione 5.1 precedente, allora si devono compilare le sezioni 6.1 e 6.2 seguenti:

6.1 Indicare i nominativi di tutte le Persone che esercitano il controllo del Titolare della polizza:

I.	
II.	
III.	
iv	

(Nota: Nel caso di un trust, le Persone che esercitano il controllo possono essere il/i fiduciante/i, il/i fiduciario/i, il/i tutore/i (se del caso), il/i beneficiario/i o classe/i di beneficiari, E qualsiasi altra persona fisica che esercita il controllo effettivo definitivo del fondo fiduciario. In relazione ad un'Entità che è una persona giuridica, se non ci sono persone fisiche che esercitano il controllo dell'Entità, allora la persona che esercita il controllo sarà la/le persona/e fisica/e che occupa la posizione di dirigente di alto livello dell'Entità.

6.2 Compilare un'Autocertificazione individuale separata (per la persona che esercita il controllo) per il FACTA e il CRS per ogni persona che esercita il controllo elencata nella Sezione 6.

Sezione 7 - Dichiarazione e Impegni

Io/noi (in qualità di firmatario/i autorizzato/i dell'Entità) dichiaro/dichiariamo che le informazioni fornite nel presente modulo, con cognizione e coscienza, sono accurate e complete.

Prendo atto e dò il mio consenso al fatto che le informazioni contenute nel presente Modulo e le informazioni relative alla mia Polizza potranno essere condivise con l'Ufficio dell'Autorità fiscale irlandese e scambiate con le autorità fiscali della nazione o delle nazioni in cui il/i presente/i contratto/i è/sono mantenuti o in cui il Titolare della polizza ha la propria residenza fiscale, ove tali nazioni (o autorità fiscali di tali nazioni) hanno stipulato accordo per lo scambio di informazioni finanziarie a fini fiscali.

Nel caso in cui fossero apportate modifiche che causerebbero l'incorrettezza delle informazioni contenute nel presente modulo, io/noi mi/ci impegniamo per conto dell'Entità a comunicarle tempestivamente al ricevente e a fornire un modulo di Autocertificazione aggiornato entro 30 giorni dal verificarsi di tali modifiche.

Firmatario/i autorizzato/i _____

Nome/i in stampatello _____

Data (gg/mm/aaa) _____

Funzione secondo cui è resa la dichiarazione: _____

Protezione dei dati personali - Informazione al Cliente:

Secondo la legislazione che integra il "Foreign Account Tax Compliance Act" (FATCA) statunitense e il "Common Reporting Standard" (CRS) dell'OCSE nella legge irlandese, Intesa San Paolo Life dac è obbligata a richiedere alcune informazioni dai propri titolari di polizze, dai loro rappresentanti legali e beneficiari, ai fini dell'identificazione di quei conti i cui dettagli possono essere segnalati all'Autorità fiscale irlandese per essere trasmessi alle autorità fiscali nelle giurisdizioni in cui hanno la residenza fiscale. Le autorità fiscali irlandesi scambieranno esclusivamente le informazioni con le giurisdizioni in cui esiste un accordo legale a tal fine.

Il modulo "Certificazione di conformità a tutti gli obblighi fiscali per gli individui, le persone giuridiche e le persone che esercitano il controllo" ("il Modulo") integra i requisiti:

- 1) del Foreign Account Tax Compliance Act statunitense, conosciuto con l'acronimo FACTA, sulla base dell'Accordo intergovernativo tra il governo statunitense e il governo irlandese firmato il 21 dicembre 2012;
- 2) dello Standard per lo scambio automatico di informazioni a fini fiscali, conosciuto comunemente come il "Common Reporting Standard" (con l'acronimo "CRS") sviluppato dall'OCSE ed adottato dall'Irlanda;
- 3) della Direttiva modificata sulla Cooperazione amministrativa con gli stati membri dell'UE, conosciuta comunemente come "DAC2".

Intesa San Paolo Life dac richiede tali informazioni esclusivamente ai fini di informare le Autorità fiscali irlandesi in conformità ai requisiti del FACTA/CRS/DAC2, e non utilizzerà tali informazioni per nessun'altra finalità.

Intesa San Paolo Life dac è tenuta a comunicare alle Autorità fiscali irlandesi le seguenti informazioni relative ai propri titolari di polizze, ai loro rappresentanti legali e beneficiari o assegnatario della polizza:

- Nome, indirizzo, numero di registrazione fiscale (TIN), data e luogo di nascita
- Numero di riferimento e valore della polizza alla fine dell'anno.
- Pagamenti supplementari eseguiti in relazione alla polizza durante l'anno solare.

Il Modulo deve essere compilato da o per conto del titolare della polizza, dal rappresentante legale e dal/i beneficiario/i. È responsabilità del titolare della polizza, del rappresentante legale e del/i beneficiario/i garantire che le informazioni fornite sono complete e valide e anche di fornire a Intesa San Paolo Life la documentazione e le informazioni aggiornate, il modulo sostitutivo o supplementare qualora siano richiesti o resi disponibili.

In caso di domande relative al modo in cui deve essere compilato il Modulo, si raccomanda di consultare un professionista indipendente oppure, se necessario, si possono trovare ulteriori informazioni sul sito web delle Autorità fiscali irlandesi all'indirizzo www.revenue.ie/en/business/aeoi/.

Nel caso in cui, a causa di una modifica dei fatti o delle circostanze, qualsiasi informazione diventi incorretta o obsoleta, si prega di informare immediatamente Intesa San Paolo dac.

