

Частина 2. Заповнюється, якщо клієнт не є громадянином або резидентом США.

Прізвище Ім'я По батькові (якщо є):

1. Підтвердження статусу іноземного платника податку

Чи є Ви нерезидентом по відношенню до України?

ТАК НІ

Якщо «ТАК», вкажіть громадянство якої країни Ви маєте

Чи маєте Ви одночасно з громадянством України також громадянство іншої іноземної держави?

ТАК НІ

Якщо «ТАК», вкажіть громадянство якої країни Ви маєте

Чи маєте Ви одночасно з громадянством України також вид на проживання в іноземній державі?

ТАК НІ

Якщо «ТАК», вкажіть в якій країні Ви маєте вид на проживання

Вкажіть, в якій країні Ви є податковим резидентом

УКРАЇНА

2. Запевнення

Підтверджую, що:

- надана мною інформація є актуальною і достовірною;
- я зобов'язуюсь надати ПрАТ «СК «УНІКА Життя» документи, що підтверджують статус іноземного податкового резидента протягом 15 робочих днів з дати заповнення Анкети;
- я зобов'язуюсь повідомити ПрАТ «СК «УНІКА Життя» про зміну будь-якого факту, що наведено у цій Анкеті, протягом 30 днів від дати їх зміни.

3. Згода/відмова на передачу відомостей до IRS США (зазначені нижче відомості можуть бути передані до IRS США тільки у разі, якщо Клієнт є податковим резидентом США або стане ним під час дії договору страхування)

ОБЕРІТЬ ОДИН З ВАРІАНТІВ:

ТАК, ЗГОДЕН. Цим я даю свою згоду і не заперечую проти передачі ПрАТ «СК «УНІКА Життя» наданих в Анкеті відомостей, а також інших відомостей, включаючи відомості про номери рахунків і залишку по ним, в IRS згідно вимогам FATCA.

НІ, НЕ ЗГОДЕН. Цим я відмовляюся від надання згоди на передачу ПрАТ «СК «УНІКА Життя» наданих в Анкеті відомостей, а також інших відомостей, включаючи відомості про номери рахунків і залишку по ним, в IRS згідно вимогам FATCA.

Цим я підтверджую, що попереджений про те, що у такому разі ПрАТ «СК «УНІКА Життя» має право відмовити в здійсненні фінансових операцій; розірвати в односторонньому порядку договір з клієнтом, що передбачає надання фінансових послуг; відмовити клієнту в укладенні договору, що передбачає надання фінансових послуг.

Підпис особи, яка заповнювала анкету _____ / _____ / Дата _____
підпис ПІБ ММ-ДД-YYYY

Частина 3. Службова інформація. Заповнюють співробітники Компанії/Агента.

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПРЕДСТАВНИКОМ АГЕНТА:

ПІБ Клієнта: _____

Анкету отримано « ____ » _____ 20__ р.

Клієнт відноситься до категорії Клієнта – іноземного платника податків: ТАК НІ

ПІБ співробітника Компанії/Агента: _____

Підпис _____

Посада співробітника: _____

Назва структурного підрозділу _____

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ СПІВРОБІТНИКАМИ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ
(у разі надсилання Клієнту запиту на заповнення анкети FATCA)

Термін отримання від Клієнта документів, що підтверджують його ідентифікацію як Клієнта – іноземного платника податків (протягом 15 робочих днів з дати заповнення Анкети):

« ____ » _____ 20__ р.

ID Клієнта в IC LEX:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Підтверджуючі документи отримані « ____ » _____ 201__ р.

Сплив строк отримання від Клієнта документів, що підтверджують його ідентифікацію як Клієнта – іноземного платника податків

ПІБ співробітника Компанії: _____

Підпис _____

Посада співробітника: _____

Назва структурного підрозділу _____

Клієнт відноситься до категорії Клієнта – іноземного платника податків	ТАК	НІ
---	------------	-----------

Дата прийняття рішення « ____ » _____ 20__ р.

ПІБ співробітника, який прийняв рішення: _____

Підпис _____

Посада співробітника, який прийняв рішення: _____