



**ΈΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΓΙΑ ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΓΙΑ ΣΚΟΠΟΥΣ  
FATCA ΚΑΙ CRS**

Σας ενημερώνουμε ότι για όλα τα ασφαλιστήρια ζωής μακράς διάρκειας (εκτός των απλών ασφαλίσεων) καθώς και τα ασφαλιστήρια Unit Linked θα πρέπει να υποβάλλεται υπογεγραμμένο το παρόν έντυπο.

Σύμφωνα με τους Ν.4378/2016 και Ν.4428/2016 αναφορικά με την ανταλλαγή χρηματοοικονομικών πληροφοριών («CRS»), καθώς και τη διακρατική συμφωνία μεταξύ Ελλάδος και Η.Π.Α. για την εφαρμογή του FATCA («Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής»), η GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ **υποχρεούται** να συλλέγει και να αναφέρει στις ελληνικές αρμόδιες αρχές συγκεκριμένες πληροφορίες που αφορούν την φορολογική κατοικία του Δικαιούχου ασφαλιστηρίων συμβολαίων. Εάν η φορολογική κατοικία του Δικαιούχου βρίσκεται εκτός της Ελλάδος, οι ανωτέρω πληροφορίες ενδέχεται να διαβιβασθούν από τις ελληνικές αρμόδιες αρχές στις αρμόδιες αρχές της χώρας στην οποία ο Δικαιούχος είναι κάτοικος. Με την υπογραφή του παρόντος αναγνωρίζετε και αποδεχόσαστε τα προαναφερόμενα.

Οι πληροφορίες που θα μας παρέχετε με τη συμπλήρωση του παρόντος εντύπου παραμένουν σε ισχύ, έως ότου υπάρξει αλλαγή των περιστάσεων η οποία έχει επίπτωση στην φορολογική κατοικία του Δικαιούχου του συμβολαίου ή σε άλλα υποχρεωτικά πεδία που περιέχονται στο παρόν έντυπο. **Σε αυτή την περίπτωση υποχρεούστε να μας ενημερώσετε για οποιαδήποτε αλλαγή συνθηκών που καθιστά ανακριβές ή ελλιπές το παρόν έντυπο και να παράσχετε επικαιροποιημένο έντυπο αυτοπιστοποίησης.**

Αν όλοι οι Δικαιούχοι της αίτησης/συμβολαίου (**δηλαδή, όλα τα πρόσωπα των περιπτώσεων Α,Β,Γ του Τμήματος Α**) και στην περίπτωση νομικού προσώπου τα ελέγχοντα πρόσωπα και πραγματικοί δικαιούχοι αυτού, είναι πρόσωπα τα οποία έχουν την φορολογική τους κατοικία **στην Ελλάδα**, παρακαλούμε δηλώστε το **εδώ:**  και συμπληρώστε το Τμήμα Α και υπογράψτε στο Τμήμα Β.

Αν κάποιος Δικαιούχος της αίτησης/συμβολαίου (**δηλαδή, ένας ή ακόμα και όλα τα πρόσωπα των περιπτώσεων Α,Β,Γ του Τμήματος Α**) και στην περίπτωση νομικού προσώπου τα ελέγχοντα πρόσωπα και πραγματικοί δικαιούχοι αυτού, είναι πρόσωπα τα οποία έχουν την φορολογική τους κατοικία **εκτός Ελλάδος**, παρακαλούμε δηλώστε το **εδώ:**  και συμπληρώστε τις παρακάτω πληροφορίες, το Τμήμα Α και υπογράψτε στο Τμήμα Β.

1. Συμβαλλόμενος, Χώρα Φορολογικής Κατοικίας: \_\_\_\_\_
2. Ασφαλισμένος, Χώρα Φορολογικής Κατοικίας: \_\_\_\_\_
3. Άλλο Πρόσωπο/Δικαιούχος, Χώρα Φορολογικής Κατοικίας: \_\_\_\_\_

Σχόλια: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΤΜΗΜΑ Α**

**Α. Συμβαλλόμενος**

Σε περίπτωση Φυσικού προσώπου:

Επώνυμο:	Όνομα:
Διεύθυνση κατοικίας (Μόνιμη):	
Τ.Κ:	Χώρα:
Διαβατήριο ή ΑΔΤ:	ΑΦΜ:
Εθνικότητα 1:	Εθνικότητα 2:
Τόπος Γεννήσεως:	Ημ. Γεννήσεως:
Τηλέφωνο Οικίας:	Κινητό τηλέφωνο 1:



Σε περίπτωση νομικού προσώπου:

Επωνυμία Οντότητας:	
Διεύθυνση Έδρας:	
T.K:	Χώρα:
ΑΦΜ:	
Τηλέφωνο:	

**Β. Ασφαλιζόμενος** (Συμπληρώνεται αν είναι διαφορετικός από τον Συμβαλλόμενο)

Επώνυμο:	Όνομα:
Διεύθυνση κατοικίας (Μόνιμη):	
T.K:	Χώρα:
Διαβατήριο ή ΑΔΤ:	ΑΦΜ:
Εθνικότητα 1:	Εθνικότητα 2:
Τόπος Γεννήσεως:	Ημ. Γεννήσεως:
Τηλέφωνο Οικίας:	Κινητό τηλέφωνο 1:

Γ. Πρόσωπο που έχει δικαίωμα να λάβει την Αξία Εξαγοράς/αποζημίωση ή να αλλάξει το δικαιούχο της σύμβασης (σε περίπτωση που αυτό είναι άλλο πρόσωπο από τον συμβαλλόμενο ή τον Ασφαλιζόμενο)

Σε περίπτωση Φυσικού προσώπου:

Επώνυμο:	Όνομα:
Διεύθυνση κατοικίας (Μόνιμη):	
T.K:	Χώρα:
Διαβατήριο ή ΑΔΤ:	ΑΦΜ:
Εθνικότητα 1:	Εθνικότητα 2:
Τόπος Γεννήσεως:	Ημ. Γεννήσεως:
Τηλέφωνο Οικίας:	Κινητό τηλέφωνο 1:

Σε περίπτωση νομικού προσώπου:

Επωνυμία Οντότητας:	
Διεύθυνση Έδρας:	
T.K:	Χώρα:
ΑΦΜ:	
Τηλέφωνο:	

#### ΤΜΗΜΑ Β – Υπεύθυνη δήλωση

Αναγνωρίζω και αποδέχομαι πως σε περίπτωση μη ανταπόκρισής μου στα ως άνω αιτήματα της ασφαλιστικής εταιρίας για χορήγηση των απαιτούμενων εντύπων και λοιπών εγγράφων, η ασφαλιστική εταιρία έχει το δικαίωμα να μην προχωρήσει στη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης/πράξης.

Δηλώνω τέλος υπεύθυνα ότι οι απαντήσεις που δίνονται στο παρόν ερωτηματολόγιο σε σχέση με τον ή τους Δικαιούχους, τον ή τους ασφαλισμένους και σε σχέση με την ταυτοποίησή μου ή μη ως προσώπου υπαγόμενου στη νομοθεσία για την ανταλλαγή χρηματοοικονομικών πληροφοριών («CRS») και για την εφαρμογή του FATCA, καθώς και σε σχέση με κάθε άλλη πληροφορία σχετιζόμενη με την τήρηση των ανωτέρω από την ασφαλιστική εταιρία, είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς.

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ/ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ