

SELBSTZERTIFIZIERUNG

DEUTSCHLAND

Utmost Wealth Solutions ist der Markenname, der von einer Reihe von Utmost-Unternehmen verwendet wird. Dieses Dokument wurde von Utmost Luxembourg S.A. herausgegeben.

Die Verwendung des Singulars schließt, wo einschlägig, die Form des Plurals mit ein. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Policennummer/Vertragsnummer

SELBSTZERTIFIZIERUNG

Im Kontext der mit den USA eingegangenen zwischenstaatlichen FATCA-Vereinbarung (die „FATCA-IGA“) ist Utmost Luxembourg S.A. (im Folgenden der „Versicherer“) dazu verpflichtet, alle Kontoinhaber (darunter fallen Inhaber einer Versicherungspolice, Bevollmächtigte und Begünstigte) zu identifizieren, die die Bedingungen für „Specified US Persons“ im Rahmen der FATCA-IGA erfüllen. Als Grundlage hierfür dient eine von diesen Personen bereitzustellende Selbstzertifizierung.

„Specified U.S. Person“ bezeichnet in Bezug auf natürliche Personen alle US-Staatsbürger und in den Vereinigten Staaten ansässigen Ausländer („Resident Aliens“).

Zu den „Resident Aliens“ gehören unter anderem Personen, die die Voraussetzungen für die „Green Card“ erfüllt haben, d. h., Personen, die eine „Alien Registration Card“ erhalten haben und eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis für die USA besitzen, oder Personen, die die Voraussetzungen des „Substantial Presence Test“ erfüllt haben, d. h., Personen, die sich im laufenden Jahr an mindestens 31 Tagen und während des aus dem laufenden Jahr und den beiden vorausgegangenen Jahren bestehenden Dreijahreszeitraums an mindestens 183 Tagen in den Vereinigten Staaten aufgehalten haben, wobei alle Anwesenheitstage während des laufenden Jahres, 1/3 der Aufenthaltstage im vorausgegangenen Jahr und 1/6 der Tage im diesem vorausgegangenen Jahr gezählt werden.

Um unsere Verpflichtungen im Rahmen der FATCA-IGA erfüllen zu können, bitten wir Sie, dieses Selbstzertifizierungsformular auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass wir als Alternative zu dieser Selbstzertifizierung das US-Steuerformular W-8BEN, für den Fall, dass Sie keine „Specified U.S. Person“ sind, akzeptieren können. Falls Sie eine „Specified U.S. Person“ sind benötigen wir von Ihnen das US -Steuerformular W-9.

Datenschutz:

- › Bei der Übermittlung von Berichten an die zuständigen Behörden werden Ihre personenbezogenen Daten von Utmost Luxembourg S.A. verarbeitet und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen übermittelt.
- › Bevor der Bericht an die zuständige Behörde übermittelt wird, erhalten Sie eine Informationsmitteilung zu dieser Datenverarbeitung.
- › Sie haben dann einen Monat Zeit, um Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Übertragbarkeit oder Widerspruch (falls zutreffend) auszuüben.
- › Wenn wir innerhalb eines Monats nach Übermittlung der informationsmitteilung keine Antwort von Ihnen erhalten, gehen wir davon aus, dass die Daten korrekt sind, und sie werden sodann unverändert an die zuständige Behörde weitergeleitet.

Name(n)

Vorname(n)

Handelnd als

Versicherungs-
nehmer

Abtretungs-
inhaber

Bevollmächtigter

Begünstigter

1. BITTE GEBEN SIE DIE ADRESSE IHRES STÄNDIGEN WOHNSTIZES AN

Straße/Hausnummer

Ort Postleitzahl

Land

2. BITTE MACHEN SIE DIE ERFORDERLICHEN ANGABEN ZUM GEBURTSORT UND -DATUM

Geburtsdatum

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Geburtsland

Geburtsort

Wenn sich Ihr Geburtsort in den USA befindet, Sie jedoch nicht mehr die US-Staatsbürgerschaft besitzen, muss ein schriftlicher Nachweis vorgelegt werden, dass Sie keine "Specified U.S. Person" sind.

3. BITTE GEBEN SIE IN DER NACHFOLGENDEN TABELLE DIE LÄNDER AN, IN DENEN SIE STEUERLICH ANSÄSSIG ODER STEUERPFLICHTIG SIND, SOWIE DIE ZUGEHÖRIGE STEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER*

| LAND DES STEUERWOHNSTIZES | STEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER |
|---------------------------|------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

4. WELCHE NATIONALITÄT BESITZEN SIE/IN WELCHEN LÄNDERN BESITZEN SIE DEN STATUS EINES STAATSANGEHÖRIGEN? WENN SIE MEHRERE NATIONALITÄTEN/STAATSANGEHÖRIGKEITEN BESITZEN, GEBEN SIE BITTE ALLE ENTSPRECHENDEN LÄNDER AN*

| NATIONALITÄT/LAND DER STAATSANGEHÖRIGKEIT | STEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER (SO FERN ZUTREFFEND) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

*Wenn Sie sich bezüglich Ihrer Nationalität, Ihres Steuerwohnsitzes oder Ihrer Staatsangehörigkeit unsicher sind oder Fragen bezüglich Steuern haben, sollten Sie sich von einem entsprechend qualifizierten Berater beraten lassen.

Ich bestätige hiermit, dass ich die Angaben in diesem Formular geprüft habe und diese nach meinem besten Wissen und Gewissen wahr, richtig und vollständig sind.

Ich bestätige außerdem, dass ich kein US-Staatsbürger und keine andere „Specified U.S. Person“, also auch keine in den Vereinigten Staaten ansässige ausländische Person bin.

ODER

Ich bestätige außerdem, dass ich ein US-Staatsbürger oder eine andere „Specified U.S. Person“, beispielsweise eine in den Vereinigten Staaten ansässige ausländische Person bin. Das benötigte US-Steuerformular W-9 ist beigefügt.

Der Versicherer kann keine Beratung zu diesen Angelegenheiten bieten und nicht für falsche Angaben in dieser Selbstzertifizierung und deren Konsequenzen verantwortlich gemacht werden.

Ich verpflichte mich dazu, dem Versicherer alle erforderlichen Informationen und Dokumente zur Verfügung zu stellen, um die Einhaltung der Bestimmungen aller Vereinbarungen zu ermöglichen, die den Austausch von Steuerinformationen verlangen, insbesondere der FATCA-IGA. Ich erkenne an, dass der Versicherer solche Informationen an die zuständigen Behörden weitergeben wird, wenn er von einer zuständigen Behörde dazu aufgefordert wird.

Ich verpflichte mich dazu und erkläre mich einverstanden, den Versicherer innerhalb von 30 Tagen über eine Änderung meines Status zu informieren, falls ich eine "Specified U.S. Person" werde bzw. mein Status als "Specified U.S. Person" erlischt.

1. Versicherungsnehmer

UNTERSCHRIFT

Datum

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ort

2. Versicherungsnehmer

UNTERSCHRIFT

Datum

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ort

3. Versicherungsnehmer

UNTERSCHRIFT

Datum

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ort

4. Versicherungsnehmer

UNTERSCHRIFT

Datum

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ort

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. ist unter der Nummer B37604 im Handels- und Firmenregister (R.C.S.) eingetragen und unterliegt der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (CAA)
Eingetragener Firmensitz: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions ist in Luxemburg als Handelsname von Utmost Luxembourg S.A. registriert