Selbstauskunft AIA / FATCA Natürliche Person

Policennummer _____

Gesetzliche Anforderung

Das Liechtensteinische Recht zur Umsetzung des gemeinsamen Meldestandards (CRS) der OECD, insbesondere das Landesgesetz über den internationalen automatischen Informationsaustausch in Steuersachen (AIA-Gesetz) sowie das Gesetz zur Umsetzung des entsprechenden Abkommens zwischen Liechtenstein und den Vereinigten Staaten von Amerika (FATCA-Gesetz) verpflichtet die Quantum Leben AG (nachstehend „Quantum“) zur Einholung und Aktualisierung von Informationen betreffend die steuerliche Ansässigkeit von ihren Kundinnen und Kunden. Im Einklang mit den obenstehenden Bestimmungen bestätigt Sie als unterzeichnender Versicherungsnehmer die folgenden Angaben. Bitte beachten Sie, dass Sie zur Selbstauskunft verpflichtet sind und eine fehlende oder unkorrekte Selbstauskunft zu einer mehrfachen oder gar falschen Meldung führen kann.

Wenn Sie Fragen zu diesem Formular, diesen Anweisungen oder zur Definition Ihres Steuerstatus haben, wenden Sie sich bitte an einen qualifizierten Steuerberater oder an die zuständige Steuerbehörde, da Quantum als Finanzinstitut keine Beratung zum Ausfüllen der Formulare geben darf. Bitte lesen Sie auch die allgemeine Quantum Datenschutz Erklärung, welche Sie unter folgendem Link finden: https://www.quantumleben.com/de/datenschutz.html

Eine Erläuterung der Begriffe können Sie auf unserer Homepage unter https://www.quantumleben.com im Glossar finden.

1. **Angaben zum Versicherungsnehmer und zur wirtschaftlich berechtigten Person im Sinne des AIA/FATCA- Gesetzes**

Die wirtschaftlich berechtigte Person des oben genannten Versicherungsvertrages ist (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ○ der Versicherungsnehmer (bitte nur Ziffer 2, 3 und 4 ausfüllen und auf Seite 3 eigenhändig unterschreiben)
- ○ eine andere Person (bitte die Ziffern 2 und 5 ausfüllen und auf Seite 3 eigenhändig unterschreiben)

2. **Angaben zu dem Versicherungsnehmer (bitte in Blockschrift ausfüllen)**

Nachname _____

Vorname(n) _____

Wohnadresse (kein/e Postfach -oder c/o-Adresse) _____

Postleitzahl / Ort _____

Land _____

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ) _____

Länder, in denen der Versicherungsnehmer steueransässig ist

Der Versicherungsnehmer bestätigt hiermit, dass er ausschliesslich in den nachfolgenden Ländern gemäss den jeweils dort geltenden Gesetzen und Vorschriften steuerrechtlich ansässig ist (bei weiteren steuerlichen Ansässigkeiten - wenn der Platz nicht ausreicht - bitte gesondertes Blatt verwenden):

Land der Steueransässigkeit	Steueridentifikationsnummer (TIN) Steuer IdNr. / AHV Nr.	Begründung, falls keine TIN vorhanden ist (A, B oder C, Beschreibung sieht unten)		
		☐A	☐B	☐C
		☐A	☐B	☐C
		☐A	☐B	☐C

Grund A: Das Land stellt keine TIN aus

Grund B: Keine TIN erforderlich (nur möglich, falls das Land keine TIN zur Offenlegung verlangt)

Grund C: andere Gründe (bitte angeben):_____

FATCA-Status des Versicherungsnehmers
Bitte geben Sie als Versicherungsnehmer Ihren U.S.-Steuerstatus an, indem Sie die folgenden Fragen durch richtiges Ankreuzen der Kästchen beantworten:

1. Sind Sie ein U.S.-Bürger? Ja / Nein
2. Sind Sie in den USA (einem U.S.-Territorium) geboren? Ja / Nein
3. Sind Sie im Sinne des U.S.-Steuerrecht in den USA ansässig, weil
   - 3.1 Sie im Besitz einer U.S-Green Karte sind (unabhängig vom Verfalldatum)? Ja / Nein
   - 3.2 Sie ein Substantial Presence Test erfüllen? Ja / Nein
     - 3.2.1 Sie den Test der erheblichen Anwesenheit "Substantial Presence Test" erfüllen: Sind Sie noch immer vorübergehend oder dauerhaft in den USA ansässig? Ja / Nein
   - 3.3 Ein beliebiger anderer Grund vorliegt? (Geben Sie den Grund an)_____ Ja / Nein
4. Haben Sie eine aktuelle Adresse in den USA? Ja / Nein
5. Haben Sie eine oder mehrere Telefonnummern in den USA? Ja / Nein
6. Haben Sie einen Dauerauftrag oder leisten Sie regelmässig Zahlungen auf ein in den USA geführtes Konto? Ja / Nein
7. Verfügen Sie über eine gültige Vollmacht oder eine Unterschriftsberechtigung zugunsten einer Person? Ja / Nein

Ich bestätige hiermit:
- ○ Ich bin keine U.S.-Person im Sinne des U.S–Steuerrecht.
- ○ Ich bin eine U.S.-Person im Sinne des U.S.-Steuerrechts unter U.S-Steueraspekten und reiche das Formular W-9 ein.

Fall Sie als Versicherungsnehmer eine US Person im Sinne des U.S.-Steuerrechts sind, sind Sie verpflichtet, ordnungsgemäss das Formular W-9 auszufüllen und zu unterschreiben. Das Formular W-9 können Sie selbst herunterladen: www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf

quantum leben

3. Angaben zur anderen Person als wirtschaftlich berechtigten Person

Nachname _____

Vorname(n) _____

Wohnadresse (kein/e Postfach -oder c/o Adresse) _____

Postleitzahl / Ort _____

Land _____

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ) _____

4. Änderung der Gegebenheiten

Während der Dauer der vertraglichen Beziehung mit Quantum bestätige ich hiermit, dass ich Quantum innerhalb von 30 Tagen unaufgefordert informieren werde, falls sich der Staat meiner steuerlichen Ansässigkeit des Versicherungsnehmers ändert. Falls eine Bestätigung auf diesem Formular nicht mehr korrekt ist, erkläre ich mich einverstanden, ein neues Formular und/oder weitere notwendige Formulare und Dokumente innerhalb von 90 Tagen nach einer solchen Änderung der Gegebenheiten einzureichen. Darüber hinaus bestätige ich, mir bewusst zu sein, dass bei jeder Änderung der Gegebenheiten die oben genannte Beziehung zur Quantum gekündigt werden kann, wenn der Versicherungsnehmer seiner Verpflichtung nicht nachkommt, die notwendigen Dokumente zu übermitteln, um festzustellen, in welchem/n Staat/en der Versicherungsnehmer steuerlich ansässig ist.

5. Erklärung und Unterschrift

Der Versicherungsnehmer nimmt zur Kenntnis, dass in Fällen, in denen zwischen Liechtenstein und dem/den steuerlichen Ansässigkeitsstaat/-staaten ein entsprechendes Abkommen zur Durchführung des Automatischen Informationsaustausches besteht, Quantum verpflichtet sein kann, die in diesem Formular angegebenen Informationen an die liechtensteinische Steuerverwaltung zur Weiterleitung an die Steuerbehörde des/der steuerlichen Ansässigkeitsstaates/-staaten des Versicherungsnehmers zu melden. Der Versicherungsnehmer bestätigt mit seiner Unterschrift, dass alle Angaben in dieser Selbsterklärung vollständig, korrekt und wahrheitsgetreu gemacht wurden und dass Quantum oder ihren leitenden Angestellten, Mitarbeitenden, Vertretern oder Vermittlern keine gegenteiligen Informationen direkt oder indirekt übergeben wurden. Quantum kann infolge unvollständiger, unrichtiger oder nicht wahrheitsgetreuer Angaben durch den Versicherungsnehmer nicht für eine fehlerhafte Meldung verantwortlich gemacht werden.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers (zwingend erforderlich für die Gültigkeit)

Bitte prüfen Sie, ob Sie folgende Unterlagen angeführt haben:

- W-9, wenn Sie eine U.S.-Person sind