

Notice explicative Auto-certification de résidence fiscale

Les obligations relatives à l'échange automatique d'informations concernant les comptes et contrats, en matière fiscale imposent à CNP Assurances et ses filiales de remplir des obligations d'identification et de déclaration auprès de l'administration fiscale.

Ces obligations relèvent de l'application de :

- la loi n° 2014-1098 du 29 septembre 2014 (dite « Loi FATCA »)
- la directive 2014/107/UE du Conseil du 9 décembre 2014 (Directive de Coopération Administrative)
- l'accord multilatéral entre autorités compétentes pour l'échange automatique de renseignements signé le 29 octobre 2014

Aussi, depuis le 1^{er} janvier 2016, les bénéficiaires personnes physiques de contrats d'assurance avec valeur de rachat, contrats de rente et contrats ou bons de capitalisation doivent impérativement auto-certifier leur(s) résidence(s) fiscale(s).

Ces informations sont destinées à l'assureur et aux autorités fiscales. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations fiscales et réglementaires, CNP Assurances et ses filiales peuvent être amenées à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Ces éléments sont à communiquer sur la demande de prestation reçue par courrier (exemple ci-dessous).

DEMANDE DE PRESTATION

Références à rappeler

À nous retourner complétée, datée et signée

Complétez toutes les rubriques concernant l'identité du bénéficiaire (et de son représentant légal le cas échéant) : civilité, nom de naissance, nom d'usage, prénom(s), date et lieu de naissance, adresse de résidence principale et nationalité.

En cas de naissance aux Etats-Unis, et si vous avez un certificat de perte de nationalité américaine, joindre également une copie de ce certificat.

Complétez le pays de votre résidence fiscale (listez tous les pays si vous possédez plusieurs résidences fiscales).

En cas de nationalité / citoyenneté américaine, indiquez tous vos pays de résidence(s) fiscale(s) dont «Etats-Unis d'Amérique».

Si vous êtes résident fiscal d'un DROM/COM ou POM, veuillez indiquer le nom de ce territoire comme pays de résidence fiscale.

En cas de doute sur votre (vos) résidence(s) fiscale(s), il vous est vivement recommandé de consulter un conseiller fiscal.

Cette zone doit être renseignée uniquement en cas de résidence fiscale hors de France.

En cas de nationalité / citoyenneté américaine, indiquez tous les NIF correspondant à vos pays de résidences fiscales.

IDENTIFICATION ET RÉSIDENCE FISCALE DU BÉNÉFICIAIRE		
Nom de naissance :	Nom d'usage :	
Prénom(s) :	Date de naissance :	
Né(e) à : Commune	Département	Pays ¹
Adresse de résidence principale :		
Code postal	Commune	Pays
Nationalité :		
Résidence(s) fiscale(s) ² :	En cas de résidence fiscale hors de France, votre (vos) Numéro(s) d'Identification Fiscale (NIF) correspondant(s) :	
Pays de résidence(s) fiscale(s) :		
REPRÉSENTANT LÉGAL (en cas de bénéficiaire mineur ou majeur protégé)		
Nom de naissance :	Nom d'usage :	Prénom(s) :
Date de naissance :	Pays de naissance :	
Dénomination sociale si personne morale :		
Représentée par (nom d'usage, prénom, fonction) :		
DÉCLARATION		
Je demande à bénéficier des prestations du (des) contrat(s) dont Monsieur Jean DUPONT, né(e) le 01/01/1930, était titulaire.		
Je certifie sur l'honneur l'exactitude et l'exhaustivité des informations renseignées sur le présent document et que les photocopies de documents que j'ai fournies dans le cadre de l'instruction du dossier de demande de prestation sont conformes aux documents originaux et correspondent à la réalité. ³		
<small>Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais disposer d'un droit d'accès, de rectification voire d'opposition pour motif légitime des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15. Ces données sont nécessaires au traitement de ma demande et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, à ses partenaires et à ses prestataires.</small>		
Fait à _____, le _____		
Signature du bénéficiaire : (ou de son représentant légal)		Cachet du conseiller : (en cas de constitution du dossier avec un conseiller)
		

À noter : en cas de doute ou d'incohérence, l'assureur effectuera la déclaration sur la base de l'ensemble des résidences fiscales détectées.