АНКЕТА
ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ГРОМАДЯНСТВА/ПОДАТКОВОГО РЕЗИДЕНТСТВА США ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРИНАЛЕЖНОСТІ ДО СФЕРИ РЕГУЛЮВАННЯ FATCA
US CITIZENSHIP /TAX RESIDENCESHIP INDICIA QUESTIONNAIRE

СТРАХУВАЛЬНИК/ВИГОДОНАБУВАЧ:

Прізвище ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Ім'я ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

По батькові ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Чи відповідають Вам наступні ознаки?*
Do the following indicia match you?

Громадянство США *US citizenship*	Так ☐	Ні ☐
Дозвіл на постійне перебування в США (Green Card) *US residency*	Так ☐	
Країна народження США *Country of birth USA*	Так ☐	
Адреса у США *US address*	Так ☐	
Фізична особа відповідає критеріям «довгострокового перебування» (перебування на території США не менше 31 дня протягом поточного календарного року та не менше 183 днів протягом 3 останніх років, включаючи поточний рік і два попередні роки. При цьому, для поточного року враховуються всі дні, проведені клієнтом у США, для попереднього року – 1/3 днів, а для позаминулого року – 1/6 днів) Довіреність/повноваження на підписання, видані в США *An individual meets the criteria of "long-term stay" (staying in the US territory for at least 31 days during the current calendar year and at least 183 days during the last 3 years, including the current year and two previous years. At the same time, for the current year, all days spent by a client in the USA, for the previous year - 1/3 days, and for the year before the previous year - 1/6 days) Power of attorney/signature authority issued in the USA*	Так ☐	
Довіреність на представництво або право підпису надано особі з адресою у США *Power of attorney or signatory authority granted to a person with a US address*	Так ☐	

*Якщо жодна з перерахованих ознак не відповідає Вам, відмітьте позначкою відповідь «Ні».
If none of these indicia match you, select the icon "No".

☑ Я підтверджую, що вся подана вище інформація є достовірною. Надаю згоду на її обробку та використання в цілях виконання вимог Угоди FATCA. Цим гарантую, що у випадку зміни інформації, наданої у опитувальнику, зобов'язуюся у найкоротший час повідомити про це Страховика. У разі неповідомлення Страховика зобов'язуюся нести відповідальність за будь-які збитки, заподіяні таким неповідомленням.

Страхувальник	_____ (_____) *(Підпис)* *(Прізвище, ім'я та по батькові)*

або

Вигодонабувач	_____ (_____) *(Підпис)* *(Прізвище, ім'я та по батькові)*

Дата підписання _____

Уповноважена особа Страховика Анкету отримано: "____" _____20____р.	_____ (_____) *(Підпис)* *(Прізвище, ім'я та по батькові)* *Заповнюється представником Страховика при отриманні цієї Заяви*