

PARTIE COMMUNE AUX FORMULAIRES

Demande pour le remboursement, pour l'exonération ou pour l'application du taux réduit sur les revenus versés aux personnes non-résidents

Conventions contre les doubles impositions	<input type="checkbox"/> dividendes (FORMULAIRE A)	<input type="checkbox"/> intérêts (FORMULAIRE B)	<input type="checkbox"/> redevances (FORMULAIRE C)	<input type="checkbox"/> autres revenus (FORMULAIRE D)
Directives communautaires	<input type="checkbox"/> régime mère-fille directive 90/435/cee (FORMULAIRE E)		<input type="checkbox"/> régime intérêts et redevances directive 2003/49/ce (FORMULAIRE F)	

DONNÉES DU BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF

Personnes physiques	Nom	Prénom	Lieu de naissance	Date de Naissance
Personnes morales <input type="checkbox"/> cocher en cas d'établissement stable	Dénomination			
Numéro d'identification fiscal dans l'État de résidence	N° _____ <input type="checkbox"/> Mon pays de résidence ne délivre pas de numéro d'identification fiscal à ses résidents, ou je ne suis dans tous les cas pas en mesure de me procurer un numéro d'identification fiscal de mon pays de résidence.			
Numéro d'identification fiscal italien (si attribué)				
Résidence	État	Adresse complète		
Domicile (si différent de la résidence)	État	Adresse complète		
Boîte postale (facultative)				
Adresse électronique (facultative)				

PARTIE COMMUNE AUX FORMULAIRES

DONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Personnes physiques	Nom	Prénom	Lieu de naissance	Date de Naissance
Personnes morales	Dénomination			
Numéro d'identification fiscal dans l'État de résidence	N° _____			
	<input type="checkbox"/> Mon pays de résidence ne délivre pas de numéro d'identification fiscal à ses résidents, ou je ne suis dans tous les cas pas en mesure de me procurer un numéro d'identification fiscal de mon pays de résidence.			
Numéro d'identification fiscal italien (si attribué)				
Résidence	État	Adresse complète		
Domicile (si différent de la résidence)	État	Adresse complète		
Boîte postale (facultative)				
Adresse électronique (facultative)				

AUTRES CO-TITULAIRES DU REVENU POUR LEQUEL LE REMBOURSEMENT EST DEMANDÉ

Personnes physiques	Nom	Prénom	Lieu de naissance	Date de Naissance
Personnes morales	Dénomination			
Numéro d'identification fiscal dans l'État de résidence	N° _____			
	<input type="checkbox"/> Mon pays de résidence ne délivre pas de numéro d'identification fiscal à ses résidents, ou je ne suis dans tous les cas pas en mesure de me procurer un numéro d'identification fiscal de mon pays de résidence.			
Numéro d'identification fiscal italien (si attribué)				
Résidence	État	Adresse complète		
Domicile (si différent de la résidence)	État	Adresse complète		
Boîte postale (facultative)				
Adresse électronique (facultative)				

PARTIE COMMUNE AUX FORMULAIRES

DONNÉES DU MANDATAIRE DÉLÉGUÉ POUR LA PRÉSENTATION DE LA DEMANDE (SI PRÉSENT) ¹

Personnes physiques	Nom	Prénom	Lieu de naissance	Date de Naissance
Personnes morales	Dénomination			
Numéro d'identification fiscal dans l'État de résidence	N° _____ <input type="checkbox"/> Mon pays de résidence ne délivre pas de numéro d'identification fiscal à ses résidents ou je ne suis dans tous les cas pas en mesure de me procurer un numéro d'identification fiscal de mon pays de résidence.			
Numéro d'identification fiscal italien (si attribué)				
Résidence	État	Adresse complète		
Domicile (si différent de la résidence)	État	Adresse complète		
Boîte postale (facultative)				
Adresse électronique (facultative)				

MODALITÉS DE PAIEMENT (à remplir en cas de remboursement)

ÉTABLISSEMENT DE CRÉDIT : _____

COMPTE COURANT BANCAIRE OUVERT au nom de² _____

(si UEM) : BIC³ _____ IBAN _____

(si hors UEM)⁴: COORDONNÉES BANCAIRES _____

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT DE CRÉDIT _____

SIGNATURE

ANNEXES : _____

¹ Joindre procuration correspondante en originale.

² Au cas où le créancier se servirait d'un mandataire pour l'encaissement, indiquer le compte courant bancaire ouvert au nom du mandataire. Les procurations délivrées à l'étranger sont admises, devant être expédiées en originale au Centro Operativo di Pescara (Centre Opérationnel de Pescara), accompagnées d'une traduction. Si le susdit mandataire à l'encaissement est également le mandataire délégué pour la présentation de la demande et /ou pour rendre les déclarations demandées, une seule copie originale est suffisante.

³ Si UEM : le BIC est obligatoire.

⁴ Si hors – UEM : le BIC est une alternative par rapport à l'adresse de l'établissement de crédit.

FORMULAIRE A – DIVIDENDES

- EXONÉRATION/APPLICATION DU TAUX CONVENTIONNEL
 REMBOURSEMENT

Article _____ de la Convention contre les doubles impositions entre l'Italie et _____

PERSONNE ITALIENNE QUI DISTRIBUE LES REVENUS

Personne Morale	Dénomination
Numéro d'identification fiscal	
Résidence	Adresse complète

BANQUE DÉPOSITAIRE (GARDE TITRES)

Dénomination	
Numéro d'identification fiscal	
Résidence	Adresse complète

DESCRIPTION DES REVENUS PERÇUS

Exercice social	Date de paiement	Nombre actions	Pourcentage de participation ¹	Dividendes par action	Montant des dividendes bruts de l'impôt italien	Impôt payé en Italie	Impôt dû	Remboursement demandé
TOTAL								

¹ La présente colonne doit être remplie dans le cas d'une participation en vertu de laquelle on reconnaît au demandeur l'application d'un taux différent du taux généralement prévu par la Convention.

FORMULAIRE A – DIVIDENDES

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DE SON REPRÉSENTANT AGRÉÉ²

Le soussigné _____, en qualité de _____

Déclare

- être / que l'entité susmentionnée _____ est résident à _____ aux termes de la Convention avec _____ pour la période/ les périodes d'impôt _____;
- être / que l'entité susmentionnée est le bénéficiaire effectif des dividendes;
- ne pas posséder / qui ne possède pas un établissement stable ou une base fixe en Italie auxquels se rattachent les revenus;
- être / que l'entité susmentionnée est imposé(e) dans le Pays de résidence sur lesdits revenus;
- NE PAS être / que l'entité susmentionnée N'EST PAS imposé(e) sur lesdits revenus dans le Pays de résidence (expliquer les motifs de l'éventuelle exemption)

_____ ;

- de respecter toute autre condition requise nécessaire pour bénéficier des avantages prévus par la Convention par rapport aux revenus perçus;
- que toutes les informations qui sont contenues dans la présente déclaration sont correctes et complètes et s'engage à informer si une ou plusieurs des conditions requises susmentionnées ne sont plus remplies, de même que les éventuelles modifications des données et des informations fournies.

Demande

- l'exonération de l'impôt italien, ou son application dans les limites prévues par l'article de la Convention invoqué;
- le remboursement de l'impôt relatif aux revenus susmentionnés;
- que le remboursement soit effectué conformément aux modalités de paiement qui sont spécifiées dans la partie commune aux formulaires.

Lieu et date _____

Signature _____

ATTESTATION DE L'AUTORITÉ FISCALE

L'Autorité fiscale de _____ certifie qu'à sa connaissance pour la période / les périodes d'imposition _____ le bénéficiaire susmentionné est résident à _____ aux termes de l'article ___ de la Convention avec l'Italie et que les déclarations du présent formulaire sont exactes.

Date _____

Signature et cachet du Service

² Le représentant agréé est le sujet mandataire qui est autorisé à présenter la demande et/ou à procéder aux déclarations exigées par la Convention pour le compte du bénéficiaire effectif (voir partie commune aux formulaires), sur la base d'un acte d'attribution du pouvoir de représentation correspondant (acte devant être joint en originale à la demande).

FORMULAIRE B – INTÉRÊTS

- EXONÉRATION /APPLICATION DU TAUX CONVENTIONNEL
 REMBOURSEMENT

Article _____ de la Convention contre les doubles impositions entre l'Italie et _____

PERSONNE ITALIENNE QUI PAYE LES INTÉRÊTS

Personne	Nom Prénom / Dénomination
Numéro d'identification fiscale	
Résidence	Adresse complète

BANQUE DÉPOSITAIRE (GARDE TITRES)

Dénomination	
Numéro d'identification fiscale	
Résidence	Adresse complète

DESCRIPTION DES INTÉRÊTS PERÇUS

Date de paiement	Montant des intérêts bruts de l'impôt italien	Impôt payé en Italie	Taux applicable en vertu de la Convention	Impôt dû	Remboursement demandé
TOTAL					

FORMULAIRE B – INTÉRÊTS

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DE SON REPRÉSENTANT AGRÉÉ¹

Le soussigné _____, en qualité de _____

Déclare

- être / que l'entité susmentionnée _____ est résident à _____ aux termes de de la Convention avec _____ pour la période/ les périodes d'impôt _____;
- être / que l'entité susmentionnée est le bénéficiaire effectif des intérêts;
- ne pas posséder / qui ne possède pas un établissement stable ou une base fixe en Italie auxquels se rattachent les revenus;
- être / que l'entité susmentionnée est imposé(e) dans le Pays de résidence sur lesdits revenus;
- NE PAS être / que l'entité susmentionnée N'EST PAS imposé(e) sur lesdits revenus dans le Pays de résidence (expliquer les motifs de l'éventuelle exemption) _____;
- de respecter toute autre condition requise nécessaire pour bénéficier des avantages prévus par la Convention par rapport aux revenus perçus;
- que toutes les informations qui sont contenues dans la présente déclaration sont correctes et complètes et s'engage à informer si une ou plusieurs des conditions requises susmentionnées ne sont plus remplies, de même que les éventuelles modifications des données et des informations fournies.

Demande

- l'exonération de l'impôt italien ou son application dans les limites prévues par l'article de la Convention invoqué;
- le remboursement de l'impôt relatif aux revenus susmentionnés;
- que le remboursement soit effectué conformément aux modalités de paiement qui sont spécifiées dans la partie commune aux formulaires.

Lieu et date _____

Signature _____

ATTESTATION DE L'AUTORITÉ FISCALE

L'Autorité fiscale de _____ certifie qu'à sa connaissance pour la période / les périodes d'imposition _____ le bénéficiaire susmentionné est résident à _____ aux termes de l'article ___ de la Convention avec l'Italie et que les déclarations du présent formulaire sont exactes.

Date _____

Signature et cachet du Service

¹ Le représentant agréé est le sujet mandataire qui est autorisé pour présenter la demande et/ou pour procéder aux déclarations exigées par la Convention pour le compte du bénéficiaire effectif (voir partie commune aux formulaires), sur la base d'un acte d'attribution du pouvoir de représentation correspondant (acte devant être joint sous forme originale à la demande).

FORMULAIRE C – REDEVANCES

- EXONÉRATION /APPLICATION DU TAUX CONVENTIONNEL
 REMBOURSEMENT

Article _____ de la Convention contre les doubles impositions entre l'Italie et _____

PERSONNE ITALIENNE QUI PAYE LES REDEVANCES

Personne	Nom Prénom / Dénomination
Numéro d'identification fiscal	
Résidence	Adresse complète

DESCRIPTION DES REDEVANCES AYANT ÉTÉ PERÇUS

Date de paiement	Montant des redevances bruts de l'impôt italien	Impôt payé en Italie	Taux applicable en vertu de la Convention	Impôt dû	Remboursement demandé
TOTAL					

FORMULAIRE C – REDEVANCES

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DE SON REPRÉSENTANT AGRÉÉ¹

Le soussigné _____, en qualité de _____

Déclare

- être / que l'entité susmentionnée _____ est résident à _____ aux termes de la Convention avec _____ pour la période/ les périodes d'impôt _____ ;
- être / que l'entité susmentionnée est le bénéficiaire effectif des redevances;
- ne pas posséder / qui ne possède pas un établissement stable ou une base fixe en Italie auxquels se rattachent les revenus;
- être / que l'entité susmentionnée est imposé(e) dans le Pays de résidence sur lesdits revenus;
- NE PAS être / que l'entité susmentionnée N'EST PAS imposé(e) sur lesdits revenus dans le Pays de résidence (expliquer les motifs de l'éventuelle exemption)

_____ ;

- de respecter toute autre condition requise nécessaire pour bénéficier des avantages prévus par la Convention par rapport aux revenus perçus;
- que toutes les informations qui sont contenues dans la présente déclaration sont correctes et complètes et s'engage à informer si une ou plusieurs des conditions requises susmentionnées ne sont plus remplies, de même que les éventuelles modifications des données et des informations fournies.

Demande

- l'exonération de l'impôt italien ou son application dans les limites prévues par l'article de la Convention invoqué;
- le remboursement de l'impôt relatif aux revenus susmentionnés;
- que le remboursement soit effectué conformément aux modalités de paiement qui sont spécifiées dans la partie commune aux formulaires.

Lieu et date _____

Signature _____

ATTESTATION DE L'AUTORITÉ FISCALE

L'Autorité fiscale de _____ certifie qu'à sa connaissance pour la période / les périodes d'imposition _____ le bénéficiaire susmentionné est résident à _____ aux termes de l'article ___ de la Convention avec l'Italie et que les déclarations du présent formulaire sont exactes.

Date _____

Signature et cachet du Service

¹ Le représentant agréé est le sujet mandataire qui est autorisé pour présenter la demande et/ou pour procéder aux déclarations exigées par la Convention pour le compte du bénéficiaire effectif (voir partie commune aux formulaires), sur la base d'un acte d'attribution du pouvoir de représentation correspondant (acte devant être joint sous forme originale à la demande).

FORMULAIRE D – AUTRES REVENUS

(le présent formulaire doit être utilisé pour les catégories de revenus pour lesquelles n'est pas prévu un formulaire spécifique, p. ex.: revenus de l'emploi salarié, revenus des professions indépendantes, gains en capital, tantièmes etc.)

EXONÉRATION /APPLICATION DU TAUX CONVENTIONNEL

REMBOURSEMENT

Article _____ de la Convention contre les doubles impositions entre l'Italie et _____

PERSONNE ITALIENNE QUI PAYE LES REVENUS

Personne	Nom Prénom / Dénomination
Numéro d'identification fiscale	
Résidence	Adresse complète

DESCRIPTION DES REVENUS PERÇUS¹ : _____

Date de paiement	Montant des revenus bruts de l'impôt italien	Impôt payé en Italie	Taux applicable en vertu de la Convention	Impôt dû	Remboursement demandé
TOTAL					

¹ Indiquer la catégorie du revenu.

FORMULAIRE D – AUTRES REVENUS

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DE SON REPRÉSENTANT AGRÉÉ²

Le soussigné _____, en qualité de _____

Déclare

- être / que l'entité susmentionnée _____ est résident à _____ aux termes de la Convention avec _____ pour la période/ les périodes d'impôt _____ ;
- être / que l'entité susmentionnée est le bénéficiaire effectif des revenus;
- ne pas posséder / qui ne possède pas un établissement stable ou une base fixe en Italie auxquels se rattachent les revenus;
- être/ que l'entité susmentionnée est imposé(e) dans le Pays de résidence sur lesdits revenus;
- NE PAS être / que l'entité susmentionnée N'EST PAS imposé(e) sur lesdits revenus dans le Pays de résidence (expliquer les motifs de l'éventuelle exemption)

- _____ ;
- de respecter toute autre condition requise nécessaire pour bénéficier des avantages prévus par la Convention par rapport aux revenus perçus;
 - que toutes les informations qui sont contenues dans la présente déclaration sont correctes et complètes et s'engage à informer si une ou plusieurs des conditions requises susmentionnées ne sont plus remplies, de même que les éventuelles modifications des données et des informations fournies.

Demande

- l'exonération de l'impôt italien ou son application dans les limites prévues par l'article de la Convention invoqué;
- le remboursement de l'impôt relatif aux revenus susmentionnés;
- que le remboursement soit effectué conformément aux modalités de paiement qui sont spécifiées dans la partie commune aux formulaires.

Lieu et date _____ Signature _____

ATTESTATION DE L'AUTORITÉ FISCALE

L'Autorité fiscale de _____ certifie qu'à sa connaissance pour la période / les périodes d'imposition _____ le bénéficiaire susmentionné est résident à _____ aux termes de l'article ___ de la Convention avec l'Italie et que les déclarations du présent formulaire sont exactes.

Date _____

Signature et cachet du Service

² Le représentant agréé est le sujet mandataire qui est autorisé pour présenter la demande et/ou pour procéder aux déclarations exigées par la Convention pour le compte du bénéficiaire effectif (voir partie commune aux formulaires), sur la base d'un acte d'attribution du pouvoir de représentation correspondant (acte devant être joint sous forme originale à la demande).

FORMULAIRE E – RÉGIME MÈRE-FILLE

Directive 90/435/CEE

 EXONÉRATION

 REMBOURSEMENT

PERSONNE ITALIENNE QUI DISTRIBUE LES DIVIDENDES

Personne	Dénomination
Numéro d'identification fiscal	
Résidence	Adresse complète

BANQUE DÉPOSITAIRE (GARDE TITRES)

Dénomination	
Numéro d'identification fiscal	
Résidence	Adresse complète

DESCRIPTION DES DIVIDENDES PERÇUS

Exercice social	Date de paiement	Nombre actions	Pourcentage de participation	Dividendes par action	Montant des dividendes bruts de l'impôt italien	Impôt payé en Italie	Impôt dû	Remboursement demandé
TOTAL								

FORMULAIRE E – RÉGIME MÈRE-FILLE Directive 90/435/CEE

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DE SON REPRÉSENTANT AGRÉÉ¹

Le soussigné _____, en qualité de _____

Déclare

- que la société _____ détient une participation de ___ % dans la société _____ de manière ininterrompue depuis le _____ ;
- que la société susmentionnée est la bénéficiaire effective des dividendes perçus et que cette même société ne détient pas cette participation dans le seul but de bénéficier du régime en question;
- que toutes les informations qui sont contenues dans la présente déclaration sont correctes et complètes et s'engage à informer si une ou plusieurs des conditions requises susmentionnées ne sont plus remplies, de même que les éventuelles modifications des données et des informations fournies.

Demande

- l'exonération de l'impôt italien en application de la directive;
- le remboursement de l'impôt relatif aux revenus susmentionnés;
- que le remboursement soit effectué conformément aux modalités de paiement qui sont spécifiées dans la partie commune aux formulaires.

Lieu et date _____

Signature _____

ATTESTATION DE L'AUTORITÉ FISCALE

L'Autorité fiscale de _____ certifie que la société _____ répond aux conditions qui sont prévues par la Directive 90/435/CEE du Conseil du 23 juillet 1990 (article 27 bis du Décret du Président de la République italienne n° 600 du 1973), et, en particulier:

- revêt une des formes qui sont prévues par la Directive n° 90/435/CEE;
- au cours de la période soumise à l'impôt _____, est résident du point de vue fiscal à _____ sans être considérée, aux termes d'une Convention en matière de double imposition sur les revenus conclue avec un Etat tiers, comme ayant sa résidence fiscale hors de l'Union Européenne;
- être soumise, dans l'Etat de résidence, sans bénéficier de régime d'option ou d'exonération qui ne soient pas territorialement ou temporairement limités, à un des impôts qui est mentionné dans la susdite Directive.

Date _____

Signature et cachet du Service

¹ Le représentant agréé est le sujet mandataire qui est autorisé pour présenter la demande et/ou pour procéder aux déclarations exigées par la Convention pour le compte du bénéficiaire effectif (voir partie commune aux formulaires), sur la base d'un acte d'attribution du pouvoir de représentation correspondant (acte devant être joint sous forme originale à la demande).

FORMULAIRE F – RÉGIME INTERETS-REDEVANCES

Directive 2003/49/CE

EXONÉRATION

REMBOURSEMENT

BÉNÉFICIAIRE DES INTÉRÊTS ET/OU REDEVANCES

Indiquer dans le cadre A la société ou l'entité bénéficiaire, ou, dans le cas d'établissement stable, indiquer dans le cadre B les informations concernant l'établissement stable et dans la cadre A les informations concernant la société ou entité à laquelle l'établissement stable appartient.

A	Personne morale	Dénomination
	Numéro d'identification fiscal	
	Résidence	Adresse complète
	Représentant légal	

B	Personne morale	Dénomination
	Numéro d'identification fiscal	
	Résidence	Adresse complète
	Représentant légal	

DEBITEUR DES INTERETS OU REDEVANCES

Indiquer dans le cadre C la société ou entité débitrice, ou, dans le cas d'établissement stable, indiquer dans le cadre D les informations concernant l'établissement stable et dans le cadre C les informations concernant la société ou l'entité à laquelle l'établissement stable appartient.

C	Personne morale	Dénomination
	Numéro d'identification fiscal	
	Résidence	Adresse complète
	Représentant légal	

D	Personne morale	Dénomination
	Numéro d'identification fiscal	
	Résidence	Adresse complète
	Représentant légal	

FORMULAIRE F – RÉGIME INTERETS-REDEVANCES

Directive 2003/49/CE

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE INDIQUÉ DANS LE CADRE A) OU DE SON REPRÉSENTANT AGRÉÉ¹

Le soussigné _____, en qualité de _____

Déclare

- que le bénéficiaire (société entité) _____ revêt la forme juridique de _____ :
- que le bénéficiaire est fiscalement résident à _____ et qu'il n'est pas considéré aux termes d'une Convention en matière de double imposition sur les revenus conclue avec un Etat tiers, comme ayant sa résidence fiscale hors de l'Union Européenne;
- que le bénéficiaire est sujet à l'impôt _____, sans bénéficier d'un régime d'exonération;

(Indiquer l'hypothèse, ou les hypothèses, possibles en cochant les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/>	que le bénéficiaire détient directement et de façon ininterrompue _____ % des droits de vote dans la société ou l'entité du cadre C à dater du _____ ;
<input type="checkbox"/>	Que la société ou l'entité du cadre C détient directement et de façon ininterrompue _____ % des droits de vote du bénéficiaire en question à dater du _____ ;
<input type="checkbox"/>	<p>qu' une troisième société ou entité dénommée : _____</p> <p>(adresse: _____) détient directement et de façon ininterrompue _____ % des droits de vote au sein du bénéficiaire en question à dater du _____ et _____ % des droits de vote au sein de la personne du cadre C à dater du _____ .</p> <p>Déclare en outre que ladite société ou l'entité:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revêt la forme juridique de _____ ; - est résidente dans un Etat membre, sans être considérée aux termes d'une Convention en matière de double imposition sur les revenus conclue avec un Etat tiers, comme ayant sa résidence fiscale hors de l'Union Européenne; -est assujettie à l'impôt _____, sans bénéficier de régime d'exonération ;

- que _____ est bénéficiaire effectif des intérêts /redevances;
- que les intérêts/redevances sont assujettis à l'impôt _____ ;
- que le montant annuel des intérêts/redevances pour lesquels il demande l'exonération de l'impôt ou le remboursement, prévu dans le contrat ou dans les contrats stipulé(s) en date du _____ est égal à:
 € _____, ____ (intérêts) € _____, ____ (redevances).

¹ Le représentant agréé est le sujet mandataire qui est autorisé pour présenter la demande et/ou pour procéder aux déclarations exigées par la Convention pour le compte du bénéficiaire effectif (voir partie commune aux formulaires), sur la base d'un acte d'attribution du pouvoir de représentation correspondant (acte devant être joint sous forme originale à la demande de remboursement).

FORMULAIRE F – RÉGIME INTERETS-REDEVANCES

Directive 2003/49/CE

Déclare en outre que les informations contenues dans cette demande sont conformes à la vérité et s'engage à communiquer si une ou plusieurs conditions ci-dessus ne sont plus remplies.

Demande

- l'exonération de l'impôt italien en application de la Directive;
 - le remboursement de l'impôt relatif aux revenus susmentionnés;
- que le remboursement soit effectué conformément aux modalités de paiement qui sont spécifiées dans la partie commune aux formulaires.

Lieu et date _____

Signature _____

FORMULAIRE F – RÉGIME INTERETS-REDEVANCES

Directive 2003/49/CE

DECLARATIONS DU BENEFICIAIRE INDIQUÉ DANS LE CADRE B) OU DE SON REPRÉSENTANT AGRÉÉ²

Le soussigné _____, en qualité de _____, pour l'établissement stable _____

Déclare

- qu'il est situé sur le territoire de _____ ;
- qu'il est assujéti à l'impôt _____, sans bénéficié de régime d'exonération ;
- que la société ou l'entité à laquelle il appartient revêt la forme juridique de _____ ;
- que la société ou l'organisme auquel il appartient réside fiscalement en _____ et qu'elle n'est pas considérée aux termes d'une Convention en matière de double imposition sur les revenus conclue avec un Etat tiers, comme ayant sa résidence fiscale hors de l'Union Européenne;
- que la société ou l'entité à laquelle il appartient est assujétié à l'impôt _____, sans bénéficié de régime d'exonération ;

(Indiquer l'hypothèse, ou les hypothèses, possibles en cochant les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/>	que la société/l'entité, indiquée dans le cadre A, à laquelle il appartient détient directement et de façon ininterrompue _____ % des droits de vote dans la société ou l'entité indiquée dans cadre C à dater du _____ ;
<input type="checkbox"/>	que la société/l'entité, indiquée dans le cadre C, détient directement et de façon ininterrompue _____ % des droits de vote dans la société ou l'organisme cadre A à dater du _____ ;
<input type="checkbox"/>	<p>qu' une troisième société ou entité dénommé: _____ (adresse : _____) détient directement et de façon ininterrompue _____ % des droits de vote au sein de la personne cadre A à dater du _____ et _____ % des droits de vote au sein du sujet cadre C à dater du _____.</p> <p>Déclare en outre que ladite société ou entité:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revêt la forme juridique de _____ ; - est résidente dans un Etat membre, sans être considérée aux termes d'une Convention en matière de double imposition sur les revenus conclue avec un Etat tiers, comme ayant sa résidence fiscale hors de l'Union Européenne; -est assujétié à l'impôt _____, sans bénéficié de régime d'exonération ;

- que il est bénéficié effectif des intérêts /redevances, tant que la créance, le droit, l'utilisation ou l'information générateurs d'intérêts/redevances se rattachent effectivement à son activité;
- que les intérêts/redevances sont des revenus pour lesquels il est assujéti à l'impôt _____ ;
- que le montant annuel des intérêts/redevances pour lesquels il demande l'exonération de l'impôt ou le remboursement, prévu dans le contrat ou dans les contrats stipulés en date du _____ est égal à : € _____, _____ (intérêts) € _____, _____ (redevances).

² Le représenté agréé est le sujet mandataire qui est autorisé pour présenter la demande et/ou pour procéder aux déclarations exigées par la Convention pour le compte du bénéficié effectif (voir partie commune aux formulaires), sur la base d'un acte d'attribution du pouvoir de représentation correspondant (acte devant être joint sous forme originale à la demande de remboursement).

FORMULAIRE F – RÉGIME INTERETS-REDEVANCES

Directive 2003/49/CE

Déclare en outre que les informations contenues dans cette demande sont conformes à la vérité et s'engage à communiquer si une ou plusieurs conditions ci-dessus ne sont plus remplies.

Demande

- l'exonération de l'impôt italien en application de la Directive
- le remboursement de l'impôt relatif aux revenus susmentionnés;

– que le remboursement soit effectué conformément aux modalités de paiement qui sont spécifiées dans la partie commune aux formulaires.

Lieu et date _____

Signature _____

FORMULAIRE F – RÉGIME INTERETS-REDEVANCES

Directive 2003/49/CE

DESCRIPTION DES INTÉRÊTS ET/OU REDEVANCES

Date de paiement	Montant des revenus Bruts de l'impôt italien	Impôt payé en Italie	Impôt dû	Remboursement demandé
TOTAL				

ATTESTATION DE L'AUTORITÉ FISCALE

Cocher la case correspondante, selon que le bénéficiaire des intérêts/redevances soit une société/entité ou un établissement stable

<input type="checkbox"/>	L'Autorité fiscale de _____ certifie que la société ou l'entité bénéficiaire ci-dessus (numéro d'identification n. _____) est fiscalement résident en _____, conformément à ce qui est prévu par l'article 3, lettre a), ii), de la Directive 2003/49/CE.
<input type="checkbox"/>	L'Autorité fiscale de _____ certifie que l'établissement stable de la société ou de l'entité citée (numéro d'identification n. _____) est situé en _____, conformément à ce qui est prévu par l'article 3, lettre c), de la Directive 2003/49/CE

Date _____

Signature et cachet du Service