

## 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

<b>Conventions contre les doubles impositions</b>	<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)
<b>Directives communautaires</b>	<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**

<b>Personnes physiques</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Lieu de naissance</b>	<b>Date de Naissance</b>
<b>Personnes morales</b> <input type="checkbox"/> cocher en cas d'établissement stable	<b>Dénomination</b>			
<b>Numéro d'identification fiscal dans l'État de résidence</b>	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.			
<b>Numéro d'identification fiscal italien (si attribué)</b>				
<b>Résidence</b>	<b>État</b>	<b>Adresse complète</b>		
<b>Domicile (si différent de la résidence)</b>	<b>État</b>	<b>Adresse complète</b>		
<b>Boîte postale (facultative)</b>				
<b>Adresse électronique (facultative)</b>				

## PARTIE COMMUNE AUX FORMULAIRES

### DONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL

<b>Personnes physiques</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Lieu de naissance</b>	<b>Date de Naissance</b>
<b>Personnes morales</b>	<b>Dénomination</b>			
<b>Numéro d'identification fiscal dans l'État de résidence</b>	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.			
<b>Numéro d'identification fiscal italien (si attribué)</b>				
<b>Résidence</b>	<b>État</b>	<b>Adresse complète</b>		
<b>Domicile (si différent de la résidence)</b>	<b>État</b>	<b>Adresse complète</b>		
<b>Boîte postale (facultative)</b>				
<b>Adresse électronique (facultative)</b>				

### AUTRES CO-TITULAIRES DU REVENU POUR LEQUEL LE REMBOURSEMENT EST DEMANDE'

<b>Personnes physiques</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Lieu de naissance</b>	<b>Date de Naissance</b>
<b>Personnes morales</b>	<b>Dénomination</b>			
<b>Numéro d'identification fiscal dans l'État de résidence</b>	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.			
<b>Numéro d'identification fiscal italien (si attribué)</b>				
<b>Résidence</b>	<b>État</b>	<b>Adresse complète</b>		
<b>Domicile (si différent de la résidence)</b>	<b>État</b>	<b>Adresse complète</b>		
<b>Boîte postale (facultative)</b>				
<b>Adresse électronique (facultative)</b>				

## PARTIE COMMUNE AUX FORMULAIRES

**DONNÉES DU MANDATAIRE DÉLÉGUÉ POUR LA PRÉSENTATION DE LA DEMANDE (SI PRÉSENT)** <sup>1</sup>

<b>Personnes physiques</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Lieu de naissance</b>	<b>Date de Naissance</b>
<b>Personnes morales</b>	<b>Dénomination</b>			
<b>Numéro d'identification fiscal dans l'État de résidence</b>	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.			
<b>Numéro d'identification fiscal italien (si attribué)</b>				
<b>Résidence</b>	<b>État</b>	<b>Adresse complète</b>		
<b>Domicile (si différent de la résidence)</b>	<b>État</b>	<b>Adresse complète</b>		
<b>Boîte postale (facultative)</b>				
<b>Adresse électronique (facultative)</b>				

### MODALITÉS DE PAIEMENT (à remplir en cas de remboursement)

ÉTABLISSEMENT DE CRÉDIT : \_\_\_\_\_

COMPTE COURANT BANCAIRE OUVERT au nom de<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

(si UEM) : BIC<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

(si hors UEM)<sup>4</sup>: COORDONNÉES BANCAIRES \_\_\_\_\_

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT DE CRÉDIT \_\_\_\_\_

SIGNATURE

ANNEXES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Joindre procuration correspondante en originale.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Si UEM : le BIC est obligatoire.

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

## 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

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

**DESCRIPTION DES REVENUS PERÇUS<sup>1</sup> :** \_\_\_\_\_

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
<b>TOTAL</b>					

<sup>1</sup> Indiquer la catégorie du revenu.

## FORMULAIRE D – AUTRES REVENUS

### DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DE SON REPRÉSENTANT AGRÉÉ<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> 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).