

**EXCELL SERENITE - EXCELLISSIME MADELIN
AUTORISATION DE PRELEVEMENTS**

- Formulaire EXPM-012017_GP1-MADELIN / Version 01/2017 -



FWU Life Insurance Lux S.A. - Succursale en France
82, avenue Marceau F-75008 PARIS

CHANGEMENT DE N° DE COMPTE BANCAIRE

Règle : **Payeur = Adhérent(e) ou société de l'Adhérent(e)** : le mandat de prélèvements doit être complété et signé par le payeur.

Je soussigné(e)

M. Mme Mlle _____

Né(e) le : _____ à _____ (Indiquez la ville et le pays de naissance)

Adhérent(e) au contrat EXCELL SERENITE EXCELLISSIME MADELIN n° _____ **BA n°** _____

Demande à modifier mon contrat comme suit :

Fait le _____

Signature du Conseil :

Signature de l'Adhérent(e) :

Bureau			
Code		O	

**DECLARATION DU PAYEUR EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT
ET LUTTE CONTRE LE TERRORISME**

En tant que payeur, j'agis pour mon propre compte ou pour le compte de l'Adhérent(e).

Je déclare respecter strictement les obligations qui m'incombent au titre de la législation en matière de lutte contre le blanchiment d'argent, le terrorisme et la fraude fiscale. Dans ce contexte, j'ai pris note que FWU Life Insurance Lux S.A. - Succursale en France ne peut pas accepter des paiements en espèces ou en provenance de sociétés commerciales ou civiles.

Veuillez trouver ci-joint une copie d'un document officiel d'identité en cours de validité.

Identification du payeur :

Le Conseil :

N° du document officiel d'identité :

Nom :

Délivrée par :

Code courtier :

Délivrée le :, à

Fait le....., à

Signature du payeur :

Signature du conseil :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez FWU Life Insurance Lux S.A. - Succursale en France à envoyer instruction à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de FWU Life Insurance Lux S.A. - Succursale en France. Vous bénéficierez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions de la convention passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit (8) semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

I.C.S. FR03ZZZ605042 REFERENCE DU CONTRAT
--

TITULAIRE DU COMPTE

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : F- _____ Ville : _____

CREANCIER

**FWU Life Insurance Lux S.A.
Succursale en France**
82, avenue Marceau
F-75008 PARIS

COMPTE A DEBITER

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TYPE DE PAIEMENT

Versement périodique
Paiement récurrent
Oui Non

Versement non-périodique
Paiement ponctuel
Oui Non
Le ___/___/_____

Signature : _____
Fait à : _____
Date : _____

**JOIGNEZ VOTRE RELEVÉ
D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Note : vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque