EXCELLISSIME PERP
AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

- Formulaire EXPM-012017_GP1-PERP / 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) : Compléter et signer par l'adhérent(e) le mandat de prélèvements.

Je soussigné(e)

❑ M. ❑ Mme ❑ Mlle _____

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

Adhérent(e) au contrat EXCELLISSIME PERP n°_____ **BA n°**_____

Demande à modifier mon contrat comme suit :

Fait le _____

Signature de l'adhérent(e) :

Signature du Conseil :

Bureau			
Code		O	

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

J'agis pour mon propre compte en tant que payeur

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-adhérent:

N° du document officiel d'identité : ……

Délivrée par : ……

Délivrée le : ……, à ……

Signature du payeur-adhérent :

Le Conseil :

Nom :……

Code courtier : ……

Fait le…… , à ……

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 ____/____/_____

Fait à : _____

Date : _____

Signature :

JOIGNEZ VOTRE RELEVE D'IDENTITÉ BANCAIRE

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