

## VERSEMENT LIBRE

Je soussigné(e)  M  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ tél. \_\_\_\_\_

Affilié(e) au régime  64000  65200  64100  64102  66000 Certificat : \_\_\_\_\_

effectue un **versement libre** d'un montant de : \_\_\_\_\_ €

- destiné à alimenter l'adhésion en référence ci-dessus
- destiné à rembourser tout ou partie de l'avance en cours.

➔ **Libellez votre chèque à l'ordre de l'ASAC**

Correspondance :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

Votre demande est à adresser à **FAPES Diffusion - 31 rue des colonnes du trône - 75603 Paris cedex 12.**

Pour toute information contactez votre conseiller par tél. 01 44 67 25 00 ou sur [www.fapes-diffusion.fr](http://www.fapes-diffusion.fr)

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion.  
En vertu de la Loi Informatique et Libertés N° 78-17 du 16 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent(e) peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur un fichier à l'usage de ASAC - FAPES Diffusion et d'Allianz Vie, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de FAPES Diffusion figurant ci-dessus.