

CHANGEMENT D'ADRESSE

Je soussigné(e) M Mme Mlle

Nom _____ Prénoms _____

date et lieu de naissance : ____/____/____, à _____

Ancienne adresse _____

Code Postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Mail _____ tél. _____

signale mon changement d'adresse A effet immédiat ou A compter du: ____/____/____

Nouvelle adresse _____

Code Postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Mail _____ tél. _____

➤ Identification contrat(s) :

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

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.