

Désaffiliation épargne « jeunes »

Nom : _____

Prénom : _____

N° registre national : _____

Rue, N° (Bte) : _____

Code Postal et localité : _____

N° fixe ou GSM : _____

Email : _____

Appelez une vignette d'identification
ou
complétez les infos ci-contre.

Je soussigné(e), nom : _____ prénom : _____

né(e) le ___/___/_____ et domicilié(e) à : rue, N° (Bte) : _____

code postal et localité : _____

sollicite le remboursement des sommes épargnées concernant le dossier EP : _____ pour la
raison suivante :

- Mariage
- Cohabitation
- 30 ans
- Décès
- Démission volontaire
- Démission obligatoire

Le montant est à verser sur le compte bancaire suivant :

IBAN : BE_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ou international : _____

BIC : _____

compte ouvert au nom de : nom _____ prénom : _____

Numéro de carte d'identité : _____ - _____ - _____

Dans le cas de bénéficiaire mineur, la partie ayant reçu le remboursement (père, mère, tuteur ou toute autre personne chargée de l'administration des biens du mineur) s'engage à restituer la somme perçue en cas de difficultés ou contestations ultérieures du bénéficiaire de l'épargne.

Date et signature :