

Association pour la Garantie des Dépôts, Luxembourg (AGDL)
BP 241
L-2012 Luxembourg

Demande en paiement relative à la Garantie des dépôts auprès de l'Etablissement Kaupthing Bank Luxembourg S.A.

Afin de pouvoir bénéficier du système de Garantie des dépôts, vous devez impérativement compléter cette demande, la dater, la signer et la retourner, par courrier, à l'AGDL BP 241 L-2012 Luxembourg.

Avant de compléter ce formulaire, nous vous invitons à lire attentivement les instructions suivantes:

1. **Pour chacun des comptes ou sous-comptes** pour lesquels une indemnité est requise **un formulaire** doit être rempli.
2. Le formulaire devra être transmis par courrier à l'AGDL à l'adresse sus-indiquée.
3. Vous pouvez faire usage du français, de l'anglais ou de l'allemand pour compléter le formulaire. Ce dernier devra être rempli en lettres majuscules ou dactylographié.
4. Les calculs du montant d'indemnisation seront effectués sur base des soldes arrêtés en date du 9/10/2008. Le **dernier relevé de compte** qui vous a été transmis avant cette date est **indispensable** au calcul de l'indemnité. Vous pouvez également joindre toute autre pièce justificative que vous estimez nécessaire à la détermination de votre situation financière.
5. Répondez à toutes les questions. Les réponses "Non", "Inapplicable", "Aucun" sont acceptées. Veuillez veiller à bien cocher toutes les cases correspondantes.
6. Les personnes physiques rempliront les sections 1, 3, 4 et 5.
7. Les personnes morales rempliront les sections 2, 3, 4 et 5.
8. Les questions formulées en *caractères italiques* sont facultatives.

1. PERSONNES PHYSIQUES.

A. Coordonnées du déclarant. Si la déclaration concerne d'autres titulaires que le déclarant lui-même, veiller à ce qu'ils signent le mandat au point C. - voir page 3.

Déclarant = Titulaire*

Déclarant = Tiers*

Qualité du déclarant tiers (profession, degré de parenté ou autre):

M./Mme/Mlle Nom, Prénom(s):

N° et rue:

Code postal, Ville:

Pays:

Date naissance:

Tél. privé:

Tél. bur.:

Fax privé:

Fax bur.:

GSM:

e.mail:

Langue de correspondance*: Français Anglais Allemand

Association pour la Garantie des Dépôts, Luxembourg (AGDL)
BP 241
L-2012 Luxembourg

B. Coordonnées de tous les titulaires du compte. Si le déclarant est un titulaire, prière d'indiquer sous a) les données une 2^e fois.

a) M./Mme/Mlle Nom, Prénom(s):

N° et rue:

Code postal, Ville:

Pays:

Date naissance:

Tél. privé:

Tél. bur.:

Fax privé:

Fax bur.:

GSM:

e.mail:

Langue de correspondance*: Français Anglais Allemand

b) M./Mme/Mlle Nom, Prénom(s):

N° et rue:

Code postal, Ville:

Pays:

Date naissance:

Tél. privé:

Tél. bur.:

Fax privé:

Fax bur.:

GSM:

e.mail:

Langue de correspondance*: Français Anglais Allemand

c) M./Mme/Mlle Nom, Prénom(s):

N° et rue:

Code postal, Ville:

Pays:

Date naissance:

Tél. privé:

Tél. bur.:

Fax privé:

Fax bur.:

GSM:

e.mail:

Langue de correspondance*: Français Anglais Allemand

Association pour la Garantie des Dépôts, Luxembourg (AGDL)
BP 241
L-2012 Luxembourg

d) M./Mme/Mlle Nom, Prénom(s):

N° et rue:

Code postal, Ville:

Pays:

Date naissance:

Tél. privé:

Tél. bur.:

Fax privé:

Fax bur.:

GSM:

e.mail:

Langue de correspondance*: Français Anglais Allemand

Au cas où il y a plus de 4 titulaires, prière d'annexer les coordonnées des autres titulaires en suivant le même schéma.

Au cas où le(s) titulaire(s) détiennent(en) encore d'autres comptes auprès de cet établissement, prière de remplir **une demande séparée pour chacun de ces comptes**.

C. Mandat. Nom, Prénom(s) et Signature de tous les titulaires du compte - sauf le déclarant - qui demandent à être indemnisés sur base de la présente déclaration. La signature vaut mandat au déclarant du présent formulaire de traiter au nom et pour compte de tous les titulaires soussignés.

Nom:

Prénom(s):

Signature:

a)

b)

c)

d)

Les personnes physiques passeront directement à la **Section 3**.

Association pour la Garantie des Dépôts, Luxembourg (AGDL)
BP 241
L-2012 Luxembourg

2. PERSONNES MORALES.

Prrière de fournir copie des actes constitutifs ou des documents officiels d'autorisation d'établissement, ainsi que du dernier compte d'exploitation et du bilan.

A. Coordonnées de la personne morale.

Dénomination:

Adresse exacte du siège social:

Code postal, Ville:

Pays:

Forme juridique:

Date de création:

N° registre de commerce:

Matricule:

Tél.:

Fax:

e.mail:

Total du bilan en EUR au 31.12.2007 :

Chiffre d'affaires en EUR au 31.12.2007 :

Effectif au 31.12.2007 :

B. Coordonnées du déclarant.

Représentant de la personne morale (gérant ou autre)*:

Déclarant Tiers*

Qualité du déclarant tiers (notaire, avocat ou autre):

M./Mme/Mlle Nom, Prénom(s):

N° et rue:

Code postal, Ville:

Pays:

Date naissance:

Tél. privé:

Tél. bur.:

Fax privé:

Fax bur.:

GSM:

e.mail:

Langue de correspondance*: Français Anglais Allemand

Association pour la Garantie des Dépôts, Luxembourg (AGDL)
BP 241
L-2012 Luxembourg

C. Signatures autorisées. Prière de joindre les pièces justificatives relatives au pouvoir des représentants de la personne morale.

 Signature conjointe* Signature individuelle*

Nom, Prénom(s):

Signature:

Nom, Prénom(s):

Signature:

 Signature conjointe* Signature individuelle*

Nom, Prénom(s):

Signature:

Nom, Prénom(s):

Signature:

3. COORDONNEES ET POSITION DU COMPTE AUPRES DE L'ETABLISSEMENT SINISTRE.

Dénomination du compte (se référer à l'extrait de compte):

N° IBAN:

Devise**:

Solde figurant sur le dernier relevé de compte/extrait qui vous a été fourni (prière de joindre copie de la pièce justificative):

Cartes bancaires*: Oui Non N°:

N°:

N°:

N°:

N°:

Chéquier*: Oui Non

Garantie: Oui Non

** En cas de pluralité de devises, prière de remplir un formulaire par sous-compte de devise.

Association pour la Garantie des Dépôts, Luxembourg (AGDL)
BP 241
L-2012 Luxembourg

4. INDEMNISATION ANTERIEURE.

Un remboursement (partiel) a-t-il déjà été demandé et/ou effectué (par le liquidateur, un autre système de garantie, etc.) pour ce compte?* Oui Non

Si oui, pour quel montant:

Dans quelle devise:

5. COORDONNEES DU/DES COMPTE/S A CREDITER AU TITRE DE LA GARANTIE DES DEPOTS. L'indemnité est uniquement versée sur un compte dont le bénéficiaire est titulaire ou co-titulaire.

a) Nom, Prénom(s) / Dénomination du titulaire:

Nom et adresse de la Banque:

Code BIC:

N° IBAN:

Devise:

Nom, Prénom(s) / Dénomination du titulaire:

Nom et adresse de la Banque:

Code BIC:

N° IBAN:

Devise:

c) Nom, Prénom(s) / Dénomination du titulaire:

Nom et adresse de la Banque:

Code BIC:

N° IBAN:

Devise:

d) Nom, Prénom(s) / Dénomination du titulaire:

Nom et adresse de la Banque:

Code BIC:

N° IBAN:

Devise:

Au cas où il y a plus de 4 titulaires, prière d'annexer les coordonnées des autres titulaires en suivant le même schéma.

Je déclare que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et sincères.

Lieu et date:

Signature du déclarant: