

**DOCUMENT OBLIGATOIRE à renvoyer complété, daté et signé** (avec votre convention d'ouverture ou en cas de changement de résidence fiscale), sans affranchissement, à : **PSA BANQUE - Libre Réponse 73084 - 92089 LA DEFENSE CEDEX.**



## AUTO-CERTIFICATION

### Le Titulaire du contrat :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ...../...../..... À : .....

Adresse du domicile : .....

### Représenté par (dans le cas où le titulaire du contrat est un mineur) :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ...../...../..... À : .....

Adresse du domicile : .....

### ATTESTE :

Être soumis à des obligations fiscales en tant que résident ou citoyen dans le ou les états (ou territoires) suivants :

**(Exemple, quand vous êtes résident fiscal en France, vous écrivez *UNIQUEMENT « France » dans la colonne de gauche*)**

ÉTAT	NUMÉRO FISCAL* À renseigner pour tous les pays autres que la France
X	X*

N'avoir aucune obligation fiscale dans d'autres états (ou territoires).

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles, vous reporter à l'art. 6 des Conditions Générales de PSA Banque « CONFIDENTIALITÉ - PROTECTION DES DONNÉES ».

Fait à ..... Le ...../...../.....

**Signature** du titulaire du contrat ou de son représentant légal :

« J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus »

X

AUTOCERTIF0418