



## Formulaire de demande de modification pour la CREDIT SUISSE Word Elite MasterCard

---

---

---

---

Code Guichet **0947**

Numéro de client (N° CIF): \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de la carte: \_\_\_\_\_

Titulaire de la carte principale<sup>1</sup>

Titulaire d'une carte supplémentaire<sup>2</sup>

4 derniers chiffres du numéro de carte:

### Notifications électroniques, renonciation des notifications sur les frais de conversion de monnaie

Les titulaires de carte ci-après reçoivent des notifications électroniques pour les services associés à la carte CREDIT SUISSE World Elite MasterCard (p. ex. services de conciergerie, 3D Secure, notifications relatives aux frais de conversion de monnaie, etc.). Veuillez noter que les messages électroniques peuvent être envoyés uniquement par SMS et nécessitent un numéro de téléphone portable valide. Afin de lever toute ambiguïté, la modification des numéros de téléphone liés aux notifications électroniques portant sur les services associés à la carte CREDIT SUISSE World Elite MasterCard n'entraîne pas la modification automatique des coordonnées générales des titulaires de carte dans le cadre de leur relation bancaire avec CREDIT SUISSE (LUXEMBOURG) S.A. ("Credit Suisse"). Pour procéder à une telle modification, les titulaires de carte doivent contacter leur conseiller clientèle séparément.

### Titulaire de la carte principale

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

<sup>1</sup> Si vous êtes le titulaire de la carte principale, vous pouvez modifier vos informations et celles de tout autre titulaire de la carte.

<sup>2</sup> Si vous êtes le titulaire de la carte supplémentaire, vous ne pouvez apporter que des modifications vous concernant en tant que titulaire de la carte supplémentaire et aucune modification concernant le titulaire principal et les autres titulaires de la carte.

**Titulaires des cartes supplémentaires**

_____	_____	_____
Nom	Prénom	Numéro de téléphone

_____	_____	_____
Nom	Prénom	Numéro de téléphone

_____	_____	_____
Nom	Prénom	Numéro de téléphone

**Renonciation:**

Les titulaires de carte suivants ne recevront plus de notifications électroniques relatives aux frais de conversion de monnaie:

_____	_____	_____
Nom	Prénom	Numéro de téléphone

_____	_____	_____
Nom	Prénom	Numéro de téléphone

_____	_____	_____
Nom	Prénom	Numéro de téléphone

---

Pour transmettre le formulaire rempli au Credit Suisse par e-mail, vous reconnaissez explicitement, en signant ce dernier, que toute information échangée électroniquement avec la Banque est acheminée via un système de messagerie hébergé par CREDIT SUISSE AG à Zurich (Suisse) sans cryptage des données électroniques. Les données personnelles et autres informations vous concernant et, le cas échéant, tout autre titulaire de carte mentionné dans ce formulaire, ainsi que les relations commerciales liées avec le Credit Suisse peuvent être consultées par les employés de CREDIT SUISSE AG à Zurich ou par son personnel opérationnel ou tout sous-traitant.

En signant ce formulaire, vous confirmez en outre être conscient de tous les risques qui pourraient qui peuvent résulte ou provenir de l'utilisation de la communication par e-mail et acceptez de supporter les risques que ces e-mails soient interceptés et utilisés par un tiers non autorisé ainsi que les risques liés à des incidents affectant temporairement la transmission des informations de cet e-mail tels que des dysfonctionnements techniques ou des interruptions des services informatiques et de télécommunications utilisés par le Credit Suisse.

Veillez retourner le formulaire rempli à votre chargé de relations chez Credit Suisse. Si vous êtes un titulaire de carte supplémentaire, veuillez-vous mettre en rapport avec le titulaire de la carte principale pour obtenir les coordonnées du responsable des relations avec les clients.



**CREDIT SUISSE (LUXEMBOURG) S.A.**  
5, rue Jean Monnet, L-2180 Luxembourg  
Card Services: 00800 78 79 78 79

Pour le courrier postal, veuillez adresser votre lettre à

**CREDIT SUISSE (LUXEMBOURG) S.A.**

**Client Data Management**

P.O. Box 40  
L-2010 Luxembourg  
Fax +352 46 32 70

**Signature du titulaire de la carte qui remplit le formulaire**

---

Lieu,  
date: \_\_\_\_\_

Lieu,  
date: \_\_\_\_\_

**Signature du titulaire de la carte principale**  
(selon le spécimen de signature)

**Signature du titulaire de la carte supplémentaire**  
(selon le spécimen de signature)

---

---