

**Notification form for an Insurance or Reinsurance Intermediary
to operate under the freedom to provide services Luxembourg**

**Formulaire de notification pour un intermédiaire d'assurance ou de réassurance
souhaitant opérer en libre prestation de service (LPS) en Luxembourg**

1. First name and surname/Name of legal person <i>Nom et prénom/Dénomination sociale</i>	PATRIVAL
2. Adress/Head office <i>Adresse/Siège social</i>	29 B AVENUE DE LA MARNE 59290 Wasquehal CEDEX
Registration number <i>Numéro d'immatriculation</i>	08039158
3. Name of current Competent Authority <i>Nom de l'autorité de contrôle compétente</i>	Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR
4. Web address of the online register <i>Site internet du registre d'origine</i>	https://www.orias.fr
5. Authorised classes of insurance, if applicable <i>Type d'assurance autorisée, le cas échéant</i>	Not applicable Non applicable
6. Date <i>Date</i>	17/03/2017
Name and position of sender <i>Nom et fonction du signataire</i>	Daisy Facchinetti Secrétaire Générale/General Secretary

Edited certificate : 11/04/2019

Attestation éditée le : 11/04/2019