

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

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

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

**Edited certificate : 11/04/2019**

*Attestation éditée le : 11/04/2019*