



ARRET DE PAIEMENT

Succursale

Date

Chèque Personnel

Chèque de Direction

Chèque Etranger

Date d'émission

Nom du Compte

No de Compte

Montant

No du Chèque

Bénéficiaire

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Motif de la demande : **Chèque égaré**

Chèque volé

Heure demande

Compte à débiter pour les frais :

Remarques :

1. En signant ce formulaire, je/nous décharge (ons) la BNC de toutes réclamations futures au cas où le (les) chèque (s) susmentionné (s) serait (aient) présenté (s) à l'un de ses guichets.
2. Le remboursement en cas d'arrêt de paiement sur chèque de Direction se fait dans un délai de 45 jours.
3. Le remboursement en cas d'arrêt de paiement sur chèque étranger se fait après que la banque correspondante ait confirmé le non-paiement du dit chèque.

Signature du (des) clients

Signature du (des) clients

Signature autorisée BNC