

ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

NOM Prénom : **DOSSIER N°**

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES OU NON

PRODUITS	CAPITAL (en Euros)	INTERETS PERCUS OU CAPITALISES (en Euros) au titre de l'année
Compte-chèques		
Livret d'épargne - 1 ^{er} livret - 2 ^e livret		
Livret d'Épargne Populaire (L.E.P.)		
C.O.D.E.V.I.		
Livret ou Compte Epargne Logement		
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation		
Epargne assurance-vie (ex : SUREPARGNE – ASURDIX)		
Plan d'Épargne Populaire (P.E.P.)		
Obligations – Actions		
S.I.C.A.V. et fonds commun de placement		
S.C.P.I.		
Bons anonymes		
Autres : préciser		

Je soussigné,

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Adresse :

.....

autorise les organismes bancaires à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne

Le Signature

Visa de l'établissement bancaire

L'établissement bancaire atteste que

M.....

.....

n'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.

A le

Cachet de l'établissement bancaire.