

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES OU NON
(Un exemplaire à compléter par chaque organisme bancaire)

PRODUITS	CAPITAL : COMPTE(S) OUVERT(S) AU NOM DE		
	Monsieur	Madame	Monsieur et Madame
Solde du compte courant			
Compte sur livret			
Livrets - épargne populaire - A - Autres			
Plans - épargne populaire - épargne logement - autres			
Comptes - épargne logement - titres (actions, obligations,...) - autres			
Placements - assurance vie - assurance viagère - autres			
Autres - - -			

Monsieur
Je soussigné
 NOM.....
 Prénom
 Adresse.....

Madame
Je soussignée
 NOM.....
 Prénom.....

Visa de l'établissement bancaire
 L'établissement bancaire
 Atteste que Monsieur.....
 Madame

Autorise(ons) les organismes bancaires à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne

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

Le

A..... le

Signature Monsieur

Signature Madame

(Signature et cachet obligatoire)