



santé
famille
retraite
services

Prestations Familiales – Insertion

Tél. : 05.56.01.83.33

Fax : 05.56.01.97.37

**RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS
IMPOSABLES OU NON**

Produit		Capital	Intérêts perçus ou capitalisés la dernière année
Compte courant			
Livret épargne	1 ^{er} livret		
	2 ^{ème} livret		
Livret d'Épargne Populaire			
CODEVI			
Livret / Compte Épargne Logement			
Plan d'Épargne Logement			
Bon d'épargne, de caisse, de capitalisation			
Épargne Assurance vie			
Plan d'Épargne Populaire			
Obligations – Actions			
SICAV – Fond Communs de placement			
Bons Anonymes			
Autres à préciser			

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Matricule MSA :

autorise l'établissement bancaire à fournir à la MSA
tous renseignements utiles sur le montant des
capitaux placés et produits d'épargne.

Le :

Signature :

L'établissement bancaire

.....

atteste que M./ Mme

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
et signature du responsable :**