

N° allocataire : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A dupliquer et à faire compléter pour chacune des banques

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS, IMPOSABLES OU NON, DU FOYER (RSA)

Produits	Capital		
	Du demandeur	Du conjoint	Des autres personnes à charge (enfants...)
Compte courant			
Livret d'épargne :			
- premier livret			
- deuxième livret			
Livret d'épargne populaire			
LDD			
Livret ou compte d'épargne logement			
Bons d'épargne, bons de caisse, bons de capitalisation			
Epargne assurance vie			
Plan d'épargne populaire			
Obligations – actions			
SICAV et fonds commun de placement			
Bons anonymes			
Autres (à préciser)			

Je soussigné(e) :

Nom usuel :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le :

Adresse :

.....

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

Atteste faire compléter le même imprimé par chaque organisme auprès duquel je détiens un compte.

Le

Signature :

Visa de l'établissement bancaire ou de l'organisme financier

L'établissement bancaire :

.....

L'organisme financier :

.....

Atteste que M

.....

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

A

Le