santé
famille
retraite
services
Gironde

CMU complémentaire
Aide pour une complémentaire santé

Revenus des capitaux placés *(imposables ou non)*

Ce document est à faire compléter par chacun de vos établissements financiers et bancaires ainsi que par ceux des membres de votre foyer

Type de placement	Montant du capital placé	Montant des intérêts perçus ou capitalisés au cours de la période	Date de versement ou de capitalisation des intérêts
Livret d'épargne populaire			
Livret A			
Livret développement durable			
Plan ou Compte épargne logement			
Contrat d'assurance-vie			
Obligations Actions			
SICAV, fonds communs de placement			
SCPI			
Bons d'épargne, bons de caisse			
Bons anonymes			
Autres *(à préciser)*			

L'établissement bancaire ou financier .....atteste que :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom :..... Prénom : .....

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

A....., le ..... Cachet et signature

La MSA de la Gironde informe qu'elle est habilitée à faire usage du droit de communication pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations faites par les assurés en vue de l'attribution et du paiement de prestations (article L. 114-19 du code de la sécurité sociale).