

# CMU Complémentaire

## Aide pour une complémentaire santé

### Attestation à faire compléter par vos établissements bancaires

**je soussigné(e)**

nom	prénom(s)
né(e) le	
numéro de sécurité sociale	
adresse	
code postal	

autorise les organismes bancaires à fournir les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Fait à	le	Signature

**relevés des capitaux placés (imposables ou non)**

Origine	Montant du capital	Montant des intérêts des 12 derniers mois	Intérêts recus à la date du
Livret(s) d'épargne			
Livret d'Epargne Populaire			
CODEVI			
Compte ou Plan d'Epargne logement			
Livret développement durable			
Bon d'épargne, de capitalisation			
Bons de Caisse, Anonymes			
Epargne Assurance vie			
Obligations, Actions			
SICAV, Fonds commun de placement			
Autres (à préciser)			

**les établissements bancaires attestent que**

Madame, Monsieur, Mademoiselle
n'a pas à ce jour dans leur établissement d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus

Fait à	le	Cachet et Signature