

**Pôle solidarités**

Direction de l'autonomie  
Service des aides pour l'autonomie  
Bureau aides à domicile  
13, rue Marchand Saillant  
CS 70541 - 61017 ALENÇON Cedex  
☎ 02 33 81 60 00  
☎ 02 33 81 60 44  
@ ps.da.bad@orne.fr

**ATTESTATION**  
**- ASSURANCES VIE PLACÉES DU FOYER -**  
**A RETOURNER OBLIGATOIREMENT**

**Joindre les relevés annuels de tous les établissements bancaires ou financiers ou d'assurances au sein desquels vous avez souscrit un contrat d'assurance-vie.**

**(Dans la négative indiquer NEANT)**

SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE-VIE Pour Madame		MONTANT DU CAPITAL PLACE
ORGANISME	NOM DU CONTRAT	

SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE-VIE Pour Monsieur		MONTANT DU CAPITAL PLACE
ORGANISME	NOM DU CONTRAT	

Je soussigné(e) déclare l'exactitude des renseignements ci-dessus énoncés :

NOM – Prénom : .....

Adresse : .....

A

le :

Signature