

# MISE EN PLACE DU CADRE ÉPARGNE HANDICAP

Le soussigné, ci-après désigné souscripteur / adhérent, demande à effectuer l'opération suivante sur son contrat.

Nom du contrat : \_\_\_\_\_ Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

## SOUSCRIPTEUR / ADHÉRENT

Monsieur  Madame Nom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

## MISE EN PLACE DU CADRE ÉPARGNE HANDICAP

Demande, sur son contrat référencé ci-dessus, la mise en place du cadre épargne handicap, définie au 2° du I de l'article 199 septies du Code général des impôts.

Atteste sur l'honneur être atteint d'une infirmité qui l'empêche de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle.

À cette fin, veuillez cocher la pièce jointe en complément de cette attestation, pour la mise en place du cadre épargne handicap :

- carte d'invalidité
- décision Cotorep/MDPH/MDA
- admission en entreprise adaptée ou ESAT
- justificatif Sécurité sociale d'invalidité 2° ou 3° catégorie
- attestation d'employeur

Fait pour servir et valoir ce que de droit

Fait à : _____ le : _____	Signature du distributeur de votre contrat :
Signature du souscripteur / de l'adhérent précédée de la mention "Lu et approuvé"	

**MERCI D'ADRESSER L'ORIGINAL DE CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ, DATÉ ET SIGNÉ AU DISTRIBUTEUR DE VOTRE CONTRAT.  
NOUS VOUS CONSEILLONS D'EN CONSERVER UNE COPIE.**