

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^e ou 3^e 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.**