

**DIRECTION AUTONOMIE PERSONNES ÂGÉES
PERSONNES HANDICAPÉES-MDPH**

SERVICE PRESTATIONS PA PH

Pyramides du Conseil départemental

7 route de Guerry

18000 BOURGES

Tél. 02 48 27 31 31 Fax. 02 48 27 31

DÉCLARATION PATRIMOINE DORMANT (Assurance vie)

Pièce obligatoire à remplir pour toute demande d'APA : pour le demandeur et le cas échéant son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (*application du décret n°2016-2010 du 26 février 2016 article 2*). Cette déclaration permet de calculer les ressources retenues au titre de l'APA pour établir le montant de votre participation au plan d'aide. Ce patrimoine vous appartient et n'est pas récupérable par le Conseil départemental au titre de l'APA.

Je soussigné(e), M

né(e) le

Domicilié(e)

Déclare posséder les assurances vie suivantes¹:

Nom du titulaire	Organisme	Type contrat Assurance Vie	N° contrat	Date souscription	Capital acquis (dernière valeur en €)	Date de cette valeur

- Joindre pour chacune des assurances vie le dernier relevé annuel transmis par l'organisme et mentionnant le montant du capital acquis.
- Pour les couples, déclarer les assurances vie détenues par chacun des membres du couple.

Déclare ne pas posséder d'assurances vie¹:

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et reconnais que des sanctions peuvent être encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.

A _____, le _____
bénéficiaire) :

Signature (Identification du signataire si différent du

¹ Cocher la case correspondante