



DR/ DP ou DIP de .....

Subdivision de .....

Modèle AAP079F-16I

Date de dépôt .....

N° de dépôt .....

**Demande d'Attestation  
de non déductibilité des cotisations  
d'assurance retraite complémentaire**

**Déclaration sur l'honneur**

Je soussigné(e)

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

C N I ou carte de séjour n° : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ N° d'identification fiscale : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

atteste sur l'honneur que je n'ai jamais bénéficié de la déductibilité des cotisations relatives au contrat d'assurance retraite complémentaire :

Organisme d'assurance	Désignation du contrat	N° du contrat	Date d'effet

**Pièces à joindre**

- Une copie de la CNI ou de la carte de séjour ;
- Une copie certifiée du contrat d'adhésion ;
- L'attestation de paiement des cotisations ou primes délivrée par la société d'assurance concernée mentionnant que l'assuré a opté pour la non déductibilité des cotisations ;
- L'attestation de salaire ou l'attestation de la pension ou l'attestation de non emploi.

A ..... le .....  
Signature légalisée