



DÉCLARATION DE CONSTITUTION, DE MODIFICATION OU D'EXTINCTION D'UN TRUST

(1^{er} et 2^e alinéas de l'article 1649 AB du code général des impôts ; article 369 de l'annexe II à ce code)

L'administrateur d'un trust doit remplir cette déclaration si lui-même ou l'un au moins des constituants, bénéficiaires réputés constituants ou bénéficiaires du trust a, au 1^{er} janvier de l'année, son domicile fiscal en France ou si le trust comprend un bien ou un droit qui y est situé (voir notice). Cette déclaration porte sur la constitution, la modification ou l'extinction du trust, ainsi que sur le contenu de ses termes.

Le recours au présent imprimé est obligatoire. Il doit être servi en langue française et en euros (€). Les documents éventuellement joints à la déclaration doivent être fournis en langue française et ne dispensent pas de servir de façon exhaustive les rubriques de l'imprimé.

1/ Identification du TRUST

Dénomination :

Adresse du siège :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune : Pays :

2/ Événement à l'origine du dépôt de la déclaration (cochez la case correspondante) :

Constitution Modification Extinction

Date de l'événement :

3/ Identification de l'administrateur du TRUST (si nombre de cases insuffisant, compléter avec l'intercalaire 2181-T1-INT1)

Personne Physique

Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance. Département : code Commune :

Pays de naissance :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

Personne Morale

Dénomination :

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

3/ Identification de l'administrateur du TRUST

Personne Physique

Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance. Département : code Commune :

Pays de naissance :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

Personne Morale

Dénomination :

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

3/ Identification de l'administrateur du TRUST

Personne Physique

Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance. Département : code Commune :

Pays de naissance :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

Personne Morale

Dénomination :

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

3/ Identification de l'administrateur du TRUST

Personne Physique

Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance. Département : code Commune :

Pays de naissance :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

Personne Morale

Dénomination :

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

**4/ Identification des constituants ou des bénéficiaires réputés constituants (cochez la case correspondante pour chaque personne)
(si nombre de cases insuffisant, compléter avec l'intercalaire 2181-T1-INT2)**

Personne Physique

Madame Monsieur
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Lieu de naissance. Département : code Commune :
Pays de naissance :
Date de décès (s'il y a lieu) :
Lieu de décès. Département : code Commune :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

Personne Morale

Dénomination :
.....
SIREN :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

4/ Identification des constituants ou des bénéficiaires réputés constituants (cochez la case correspondante pour chaque personne)

Personne Physique

Madame Monsieur
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Lieu de naissance. Département : code Commune :
Pays de naissance :
Date de décès (s'il y a lieu) :
Lieu de décès. Département : code Commune :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

Personne Morale

Dénomination :
.....
SIREN :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

4/ Identification des constituants ou des bénéficiaires réputés constituants (cochez la case correspondante pour chaque personne)

Personne Physique

Madame Monsieur
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Lieu de naissance. Département : code Commune :
Pays de naissance :
Date de décès (s'il y a lieu) :
Lieu de décès. Département : code Commune :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

Personne Morale

Dénomination :
.....
SIREN :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

4/ Identification des constituants ou des bénéficiaires réputés constituants (cochez la case correspondante pour chaque personne)

Personne Physique

Madame Monsieur
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Lieu de naissance. Département : code Commune :
Pays de naissance :
Date de décès (s'il y a lieu) :
Lieu de décès. Département : code Commune :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

Personne Morale

Dénomination :
.....
SIREN :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

4/ Identification des constituants ou des bénéficiaires réputés constituants (cochez la case correspondante pour chaque personne)

Personne Physique

Madame Monsieur
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Lieu de naissance. Département : code Commune :
Pays de naissance :
Date de décès (s'il y a lieu) :
Lieu de décès. Département : code Commune :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

Personne Morale

Dénomination :
.....
SIREN :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

4/ Identification des constituants ou des bénéficiaires réputés constituants (cochez la case correspondante pour chaque personne)

Personne Physique

Madame Monsieur
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Lieu de naissance. Département : code Commune :
Pays de naissance :
Date de décès (s'il y a lieu) :
Lieu de décès. Département : code Commune :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

Personne Morale

Dénomination :
.....
SIREN :
Adresse :
N° de Voie : BTQ : Type de voie :
Nom de la voie :
Complément d'adresse :
CP : Commune :
Pays : Territoire :
Résident : Non Résident :
Constituant : Bénéficiaire réputé constituant :

5/ Identification du ou des bénéficiaires

(si nombre de cases insuffisant, compléter avec l'intercalaire 2181-T1-INT3)

Personne PhysiqueMadame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance. Département : code Commune :Pays de naissance : Date de décès (s'il y a lieu) : Lieu de décès. Département : code Commune :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune : Pays : Territoire : Résident : Non Résident : **Personne Morale**

Dénomination :

.....

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune : Pays : Territoire : Résident : Non Résident : **5/ Identification du ou des bénéficiaires****Personne Physique**Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance. Département : code Commune :Pays de naissance : Date de décès (s'il y a lieu) : Lieu de décès. Département : code Commune :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune : Pays : Territoire : Résident : Non Résident : **Personne Morale**

Dénomination :

.....

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune : Pays : Territoire : Résident : Non Résident : **5/ Identification du ou des bénéficiaires****Personne Physique**Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance. Département : code Commune :Pays de naissance : Date de décès (s'il y a lieu) : Lieu de décès. Département : code Commune :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune : Pays : Territoire : Résident : Non Résident : **Personne Morale**

Dénomination :

.....

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune : Pays : Territoire : Résident : Non Résident :

5/ Identification du ou des bénéficiaires**Personne Physique**

Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance. Département : code Commune :

Pays de naissance :

Date de décès (s'il y a lieu) :

Lieu de décès. Département : code Commune :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

Personne Morale

Dénomination :

.....

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

5/ Identification du ou des bénéficiaires**Personne Physique**

Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance. Département : code Commune :

Pays de naissance :

Date de décès (s'il y a lieu) :

Lieu de décès. Département : code Commune :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

Personne Morale

Dénomination :

.....

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

5/ Identification du ou des bénéficiaires**Personne Physique**

Madame Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance. Département : code Commune :

Pays de naissance :

Date de décès (s'il y a lieu) :

Lieu de décès. Département : code Commune :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :

Personne Morale

Dénomination :

.....

SIREN :

Adresse :

N° de Voie : BTQ : Type de voie :

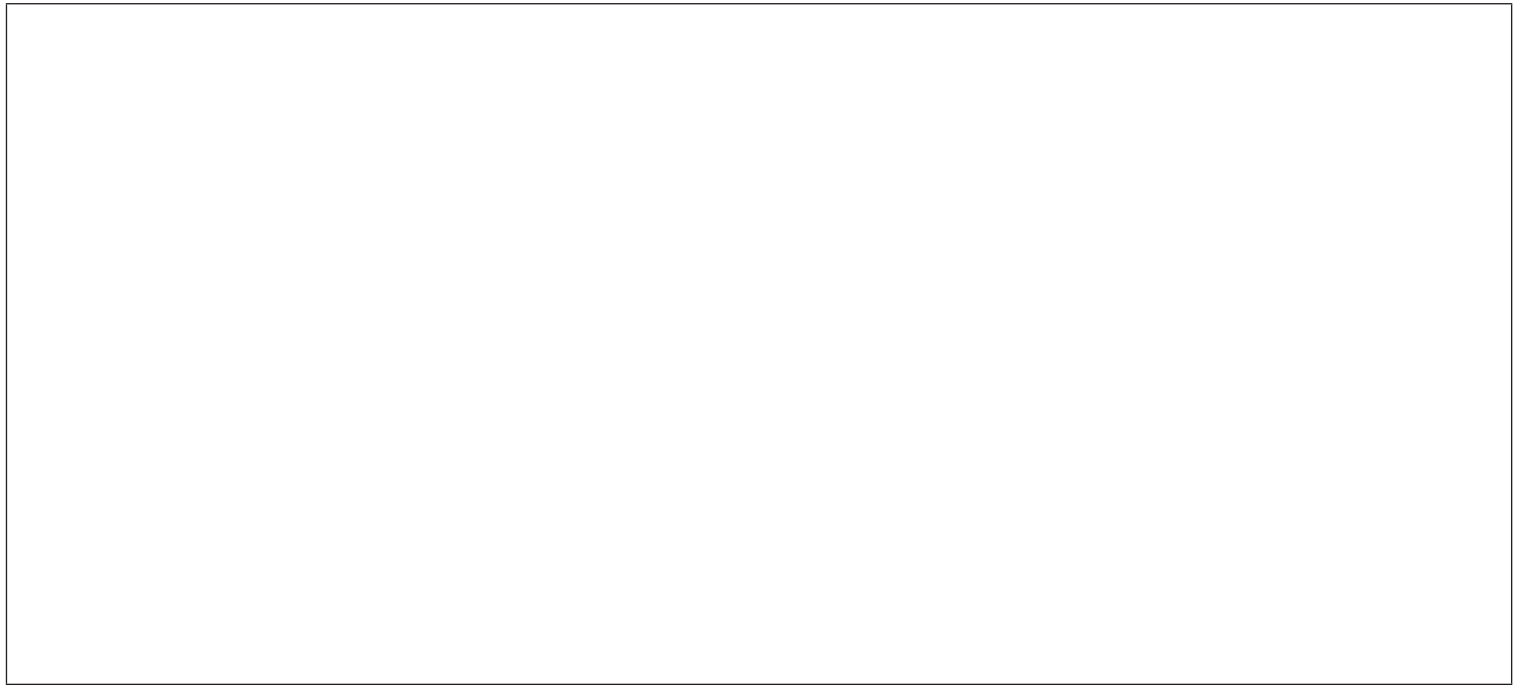
Nom de la voie :

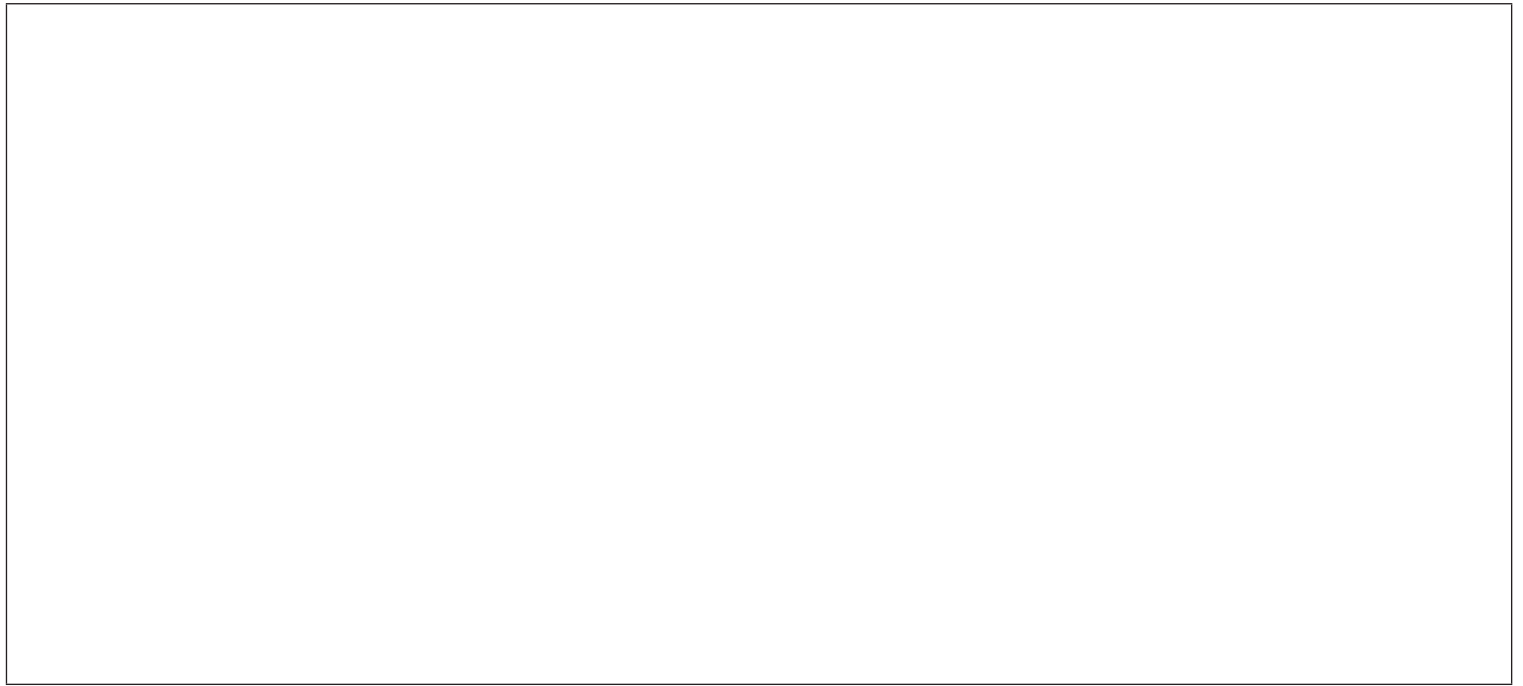
Complément d'adresse :

CP : Commune :

Pays : Territoire :

Résident : Non Résident :





B. Valeurs mobilières, droits sociaux, liquidités et autres meubles

N°	Nature	Description et adresse du lieu de situation, d'immatriculation ou du siège social	Opération	Identité du ou des constituants pour les biens ou droits mis en trust ou du ou des bénéficiaires
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	
			Mis en trust <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Sorti <input type="checkbox"/>	

À _____, le _____
Signature :