

DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION

(à établir lorsque le défunt était titulaire d'un contrat d'assurance-vie)

INFORMATIONS CONCERNANT LE DÉFUNT (voir la notice n° 2705-NOT-SD)

Service de l'enregistrement (SIE, SPFE, SDE) ⁽¹⁾ du domicile du défunt : _____

Succession de : Mme M.

Nom de naissance du défunt : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____ ou Pays : _____

Situation familiale : Célibataire Partenaire lié par un PACS

Époux(se) de _____ (précisez : séparé(e) de biens ; séparé(e) de corps)

Divorcé(e) de _____

Veuf(ve) de _____

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____

Décédé(e) à : _____ Code postal : _____

Le : ____/____/____

INFORMATIONS CONCERNANT LE MANDATAIRE DES BÉNÉFICIAIRES NON SIGNATAIRES (joindre le mandat)

Nom, Prénom : _____

Qualité, fonction : _____

Date et signature du déclarant : _____

(à défaut de signature d'un des bénéficiaires)

le ____/____/____

Cachet de l'étude

CADRES RÉSERVÉS À L'ADMINISTRATION (à remplir par le SIE, SPFE, SDE ⁽¹⁾ du domicile du défunt)

Référence comptable : _____ Déclaration 2705-A-SD n° _____

_____ du ____/____/____

Déclarations et paiements :

Nature	Date	N°	Sommes versées en euros
Total			

Annotations diverses :

Fiche de décès annotée

(1) SIE : Service des impôts des entreprises. SPFE : Service de la publicité foncière et de l'enregistrement.
SDE : Service départemental de l'enregistrement.

CADRES À REMPLIR PAR LE DÉPOSANT

Contrats d'assurance-vie – Article 757 B du code général des impôts :

Désignation de l'assureur :

Nom ou raison sociale : _____

Adresse ou domiciliation : _____

Renseignements relatifs aux contrats d'assurance-vie :

N° du contrat ou de l'avenant	Date de souscription	Montant des primes versées après le 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré (à totaliser par contrat)	Montant du capital versé	Identité du ou des bénéficiaires
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	

Désignation des bénéficiaires (une case par bénéficiaire) ⁽¹⁾ :

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Commune de naissance : _____

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse courriel : _____ ☎ :

Lien de parenté avec le défunt : _____ Quote-part du capital versé : _____

Le ____/____/____ Signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. au recto) :

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Commune de naissance : _____

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse courriel : _____ ☎ :

Lien de parenté avec le défunt : _____ Quote-part du capital versé : _____

Le ____/____/____ Signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. au recto) :

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Commune de naissance : _____

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse courriel : _____ ☎ :

Lien de parenté avec le défunt : _____ Quote-part du capital versé : _____

Le ____/____/____ Signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. au recto) :

⁽¹⁾ S'il y a plus de trois bénéficiaires, utiliser plusieurs « page 2/2 ».