



Date de réception :

Nom du service :

ASSURANCE-VIE ET CERTIFICAT D'ACQUITTEMENT OU DE NON-EXIGIBILITÉ DE L'IMPÔT (DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION)

À établir lorsque le défunt était titulaire d'un contrat d'assurance-vie

Formulaire obligatoire en vertu des articles 292A de l'annexe II au code général des impôts et 800 dudit code

À déposer en 2 exemplaires soit par mail, soit par voie postale, soit déposés sur place

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

Succession de : Mme M.

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____

Adresse complète du domicile du défunt : N° _____ Voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Date du décès : _____ Commune du lieu du décès : _____ Code postal du lieu du décès : _____

Service chargé de l'enregistrement du domicile du défunt (SDE/SPFE)⁽¹⁾ :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Déclaration 2705-A SD n° _____ enregistrée le _____

Référence comptable	Mode de paiement	Date	N°	Somme versée en euros
				€
				€
				€

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION CERTIFICAT D'ACQUITTEMENT OU DE NON-EXIGIBILITÉ DE L'IMPÔT

Certificat d'acquittement de non-exigibilité de l'impôt

NOM et Prénom du bénéficiaire	Montant des droits (en €)

Service chargé de l'enregistrement (SDE/SPFE)⁽¹⁾ de :

Date : _____ Signature (nom et grade du signataire) :

Le présent certificat n'exclut pas la possibilité pour l'administration de rectifier le montant des droits éventuellement dus à l'occasion d'un contrôle ultérieur. La législation prévoit, notamment, un abattement de 30 500 € par défunt et non par déclaration partielle de succession déposée par le(s) bénéficiaire(s) du ou des contrat(s) d'assurance-vie souscrit(s) par le défunt.

⁽¹⁾ SDE : service départemental de l'enregistrement. SPFE : service de la publicité foncière et de l'enregistrement.

CADRE À REMPLIR PAR LE DÉPOSANT

Renseignements relatifs aux contrats d'assurance-vie.

Désignation de l'organisme d'assurance concerné par la déclaration :
Nom et adresse de l'organisme : _____

		Assurance-vie autre que Plan Épargne Retraite		Plan Épargne Retraite	Informations concernant le(s) bénéficiaire(s) ^(2,3) – 1 ligne par bénéficiaire			
1. N° de contrat ou de l'avenant ⁽²⁾	2. Date de souscription du contrat ou de l'avenant ⁽²⁾	3. Montant des primes versées après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	4. Montant du capital à verser au titre des primes versées après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	5. Montant du capital à verser en cas de décès après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	6. Nom d'usage	7. Prénom(s)	8. Montant de la part du bénéficiaire dans les primes versées (cf. col. 3)	9. Montant de la part du bénéficiaire dans le capital à verser (cf. col. 4 ou 5)
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€

⁽²⁾Pour l'ensemble des colonnes, voir la notice n° 2705-A-NOT-SD. ⁽³⁾ Compléter ensuite ci-dessous un cadre par bénéficiaire.

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____
 Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾** :

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____
 Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾** :

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____
 Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾** :

⁽⁴⁾ Fournir un mandat ou un jugement de tutelle ainsi qu'une pièce d'identité.

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____

Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾ :**

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____

Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾ :**

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____

Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾ :**

⁽⁴⁾ Fournir un mandat ou un jugement de tutelle ainsi qu'une pièce d'identité.

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____
 Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾ :**

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____
 Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾ :**

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Département de naissance : _____ ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____
 Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Adresse courriel : _____ Téléphone : _____
 Lien de parenté avec le défunt : _____
 Le _____ **Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾ :**

⁽⁴⁾ Fournir un mandat ou un jugement de tutelle ainsi qu'une pièce d'identité

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance :	_____	Nom d'usage :	_____	Prénom(s) :	_____
Date de naissance :	_____	Commune de naissance :	_____		
Département de naissance :	_____		ou pays [si né(e) à l'étranger] :	_____	
Adresse du bénéficiaire :	N° : _____	Voie :	_____		
	Code postal : _____	Commune :	_____	Pays :	_____
Adresse courriel :	_____			Téléphone :	_____
Lien de parenté avec le défunt :	_____				
Le _____	Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽⁴⁾ :				

⁽⁴⁾ Fournir un mandat ou un jugement de tutelle ainsi qu'une pièce d'identité.