



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

N° 2705-A-SD

(10-2025)

cerfa

12321*08

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 auprès du SPFE/SDE du domicile du défunt⁽¹⁾, soit en 2 exemplaires en cas de dépôt sur place ou d'envoi postal, soit en 1 seul exemplaire (scanné au format PDF) en cas d'envoi par mail.

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 : _____

Décédé(e) le : ____ / ____ / ____ à : _____ (Commune et Code Postal)

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (ne rien compléter)

Déclaration 2705-A SD n° _____ enregistrée le _____

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

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (ne rien compléter) CERTIFICAT D'ACQUITTEMENT OU DE NON-EXIGIBILITÉ DE L'IMPÔT

Certificat d'acquittement de l'impôt 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 (accompagnée du nom et grade de l'agent) :

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. (cf. l'[annuaire de ces services sur le site impots.gouv.fr](#), accessible via la rubrique Contact : <https://www.impots.gouv.fr/contacts>)

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⁾ – 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)
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€
		€	€	€			€	€

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] :

Lien de parenté (**OBLIGATOIRE**) : Je déclare être (par exemple : *l'enfant, le petit-enfant, le conjoint, l'oncle/la tante, le neveu/la nièce etc.*) _____ du défunt
ATTENTION : si vous êtes oncle/tante, neveu/nièce, petit-neveu/petite-nièce... par alliance, ou si vous n'avez aucun lien de parenté avec le défunt, mentionnez « tiers ». Pour plus de précisions, veuillez consulter la notice.

Adresse du bénéficiaire : N° : _____ Voie :

Code postal :

Commune :

Pays :

Adresse courriel :

Téléphone :

Le _____

Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽³⁾ :⁽²⁾Pour l'ensemble des colonnes, voir la notice n° 2705-A-NOT-SD.⁽³⁾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] : _____	
Lien de parenté (OBLIGATOIRE) : Je déclare être (<i>par exemple : l'enfant, le petit-enfant, le conjoint, l'oncle/la tante, le neveu/la nièce etc.</i>) _____ du défunt		
ATTENTION : si vous êtes oncle/tante, neveu/niece, petit-neveu/petite-nièce... par alliance , ou si vous n'avez aucun lien de parenté avec le défunt, mentionnez « tiers ». Pour plus de précisions, veuillez consulter la notice.		
Adresse du bénéficiaire : N° : _____	Voie : _____	
Code postal : _____	Commune : _____	Pays : _____
Adresse courriel : _____	Téléphone : _____	
Le _____		
Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur ⁽³⁾ :		

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] : _____	
Lien de parenté (OBLIGATOIRE) : Je déclare être (<i>par exemple : l'enfant, le petit-enfant, le conjoint, l'oncle/la tante, le neveu/la nièce etc.</i>) _____ du défunt		
ATTENTION : si vous êtes oncle/tante, neveu/niece, petit-neveu/petite-nièce... par alliance , ou si vous n'avez aucun lien de parenté avec le défunt, mentionnez « tiers ». Pour plus de précisions, veuillez consulter la notice.		
Adresse du bénéficiaire : N° : _____	Voie : _____	
Code postal : _____	Commune : _____	Pays : _____
Adresse courriel : _____	Téléphone : _____	
Le _____		
Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur ⁽³⁾ :		

⁽²⁾Pour l'ensemble des colonnes, voir la notice n° 2705-A-NOT-SD.

⁽³⁾Fournir un mandat ou un jugement de tutelle ainsi qu'une pièce d'identité.