

DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION

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

INFORMATIONS CONCERNANT LE DÉFUNT

SERVICE DES IMPÔTS DES ENTREPRISES (SIE) _____
(SIE du domicile du défunt)

SUCCESSION DE : M^{ME} ☐ M^{LLE} ☐ M. ☐

NOM _____ PRÉNOM _____
(nom de naissance du défunt)

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 _____

CACHET DE L'ÉTUDE :

DATE ET SIGNATURE DU DÉCLARANT

(À DÉFAUT DE SIGNATURE D'UN DES BÉNÉFICIAIRES)

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

(à remplir par le service des impôts des entreprises du domicile du défunt)

Référence comptable _____

Déclaration 2705-A n° _____

du _____

DÉCLARATIONS ET PAIEMENTS

Nature	Date	N°	Sommes versées en euros

Total

ANNOTATIONS DIVERSES

Fiche de décès annotée ☐

Les dispositions des articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés modifiée, par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, garantissent les droits des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

CADRES À REMPLIR PAR LE DÉPOSANT**CONTRATS D'ASSURANCE VIE - Art. 757 B du CGI****Désignation de l'assureur :**

- Nom ou raison sociale _____
- Adresse ou domiciliation _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE

N° de contrat ou de l'avenant	Date de souscription	Montant des primes versées après le 70 ^e 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, PRÉNOM _____
(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

DATE DE NAISSANCE _____ COMMUNE DE NAISSANCE _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Quote-part du capital versé : _____

Date et signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. recto) _____

NOM, PRÉNOM _____
(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

DATE DE NAISSANCE _____ COMMUNE DE NAISSANCE _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Quote-part du capital versé : _____

Date et signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. recto) _____

NOM, PRÉNOM _____
(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

DATE DE NAISSANCE _____ COMMUNE DE NAISSANCE _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Quote-part du capital versé : _____

Date et signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. recto) _____

(1) S'il y a plus de trois bénéficiaires, utiliser un autre imprimé.