



Date de réception :

Nom du service :

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

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**

#### 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 du domicile : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date du décès : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Service chargé de l'enregistrement du domicile du défunt (SDE/SPFE)<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

#### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Déclaration 2705-A SD n° \_\_\_\_\_ enregistrée le \_\_\_\_\_

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

#### CERTIFICAT D'ACQUITTEMENT OU DE NON-EXIGIBILITÉ DE L'IMPÔT

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

Bénéficiaire(s) pour le(s)quel(s) le certificat est délivré : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Service chargé de l'enregistrement (SDE/SPFE)<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(1)</sup> 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. S'il y a plus de 4 bénéficiaires, utiliser plusieurs « page 2/2 »**

Désignation de l'organisme d'assurance :

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

<sup>(2)</sup>Pour l'ensemble des colonnes, voir la notice n° 2705-A-NOT-SD. <sup>(3)</sup> Compléter ensuite ci-dessous un cadre par bénéficiaire.**Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire). S'il y a plus de 2 bénéficiaires, utiliser plusieurs « page 2/2 »**

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 : \_\_\_\_\_  
 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<sup>(4)</sup> :

**Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire). S'il y a plus de 2 bénéficiaires, utiliser plusieurs « page 2/2 »**

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 : \_\_\_\_\_  
 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<sup>(5)</sup> :

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