

DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION

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

+

CADRE À REMPLIR PAR LE DÉPOSANT

RECETTE DES IMPÔTS DE _____
(Recette des impôts du domicile du défunt)

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

NOM _____ PRÉNOM _____
(nom de naissance du défunt)

DATE DE NAISSANCE ____/____/____ COMMUNE DE NAISSANCE _____
(jour) (mois) (année)

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE ____ OU PAYS _____

+

SITUATION FAMILIALE célibataire partenaire lié par un PACS

époux(se) de _____
[Préciser : séparé(e) de biens ; séparé(e) de corps ; divorcé(e)]

veuf(ve) de _____
[Préciser : séparé(e) de biens ; séparé(e) de corps ; divorcé(e)]

+

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL ____ COMMUNE _____

PROFESSION _____

DÉCÉDÉ(E) À _____

LE ____/____/____
(jour) (mois) (année)

CACHET DE L'ÉTUDE :

DÉCLARANTS

Le(s) soussigné(s)

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Agissant en qualité de bénéficiaire du contrat d'assurance vie mandataire (joindre le mandat)

Date et signature :

+

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

(à remplir par la recette des impôts 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

N° 2705-A - IMPRIMERIE NATIONALE 2005 01 4900 PO - Janvier 2005 - 4 015793 1

Les dispositions des articles 34, 35 et 36 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux renseignements de ce formulaire. Elles garantissent aux déclarants un droit d'accès et de rectification auprès du service de fiscalité immobilière du domicile du défunt.

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 _____

DOMICILE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Qualité :

Héritier Héritier par représentation Légataire Bénéficiaire Mandataire

• Quote-part du capital versé : _____

NOM, PRÉNOM _____

(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

DATE DE NAISSANCE _____

DOMICILE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Qualité :

Héritier Héritier par représentation Légataire Bénéficiaire Mandataire

• Quote-part du capital versé : _____

NOM, PRÉNOM _____

(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

DATE DE NAISSANCE _____

DOMICILE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Qualité :

Héritier Héritier par représentation Légataire Bénéficiaire Mandataire

• Quote-part du capital versé : _____

(1) S'il y a plus de trois bénéficiaires, reproduisez sur papier libre les renseignements demandés.