

## DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION

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

**INFORMATIONS CONCERNANT LE DEFUNT**

Service des impôts des entreprises (SIE) du domicile du défunt : \_\_\_\_\_

Succession de :  Mme  M.

Nom de naissance du défunt : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Commune de naissance : \_\_\_\_\_

Département de naissance : \_\_\_\_\_ ou Pays : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Célibataire  Partenaire lié par un PACS

Epoux(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 BENEFICIAIRES 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)

le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CADRES RESERVES A 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 A REMPLIR PAR LE DEPOSANT**

**Contrats d'assurance vie – Article 757 B du code général des impôts :**

**Désignation de l'assureur :**

Nom ou raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse ou domiciliation : \_\_\_\_\_

**Renseignements relatifs aux contrats d'assurance vie :**

N° du contrat ou de l'avenant	Date de souscription	Montant des primes versées après le 70 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré (à totaliser par contrat)	Montant du capital versé	Identité du ou des bénéficiaires
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	

**Désignation des bénéficiaires (une case par bénéficiaire) <sup>(1)</sup> :**

Nom, Prénom <sup>(2)</sup> : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Commune de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec la personne décédée : \_\_\_\_\_

Quote-part du capital versé : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. au recto) :

Nom, Prénom <sup>(2)</sup> : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Commune de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec la personne décédée : \_\_\_\_\_

Quote-part du capital versé : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. au recto) :

Nom, Prénom <sup>(2)</sup> : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Commune de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec la personne décédée : \_\_\_\_\_

Quote-part du capital versé : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. au recto) :

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

<sup>(2)</sup> Nom marital suivi du nom de naissance si différent du nom marital.