

DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION

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

CADRE À REMPLIR PAR LE DÉPOSANT

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 _____
(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 :

CONTRATS D'ASSURANCE VIE - Art. 757 B du CGI

Désignation de l'assureur :

- Nom ou raison sociale _____
- Adresse ou domiciliation _____

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 le loi n° 2004-801 du 6 août 2004, garantissent les droits des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

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 _____
(jour) (mois) (année)

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL ____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Qualité : Héritier Héritier par représentation Légataire Bénéficiaire Mandataire

• Quote-part du capital versé : _____

DATE ET SIGNATURE

NOM, PRÉNOM _____

*(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)*DATE DE NAISSANCE ____/____/____ COMMUNE DE NAISSANCE _____
(jour) (mois) (année)

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL ____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Qualité : Héritier Héritier par représentation Légataire Bénéficiaire Mandataire

• Quote-part du capital versé : _____

DATE ET SIGNATURE

NOM, PRÉNOM _____

*(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)*DATE DE NAISSANCE ____/____/____ COMMUNE DE NAISSANCE _____
(jour) (mois) (année)

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL ____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Qualité : Héritier Héritier par représentation Légataire Bénéficiaire Mandataire

• Quote-part du capital versé : _____

DATE ET SIGNATURE

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