



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

Liberté
Égalité
Fraternité

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

N° 2705-A-SD

(10-2025)

Date de réception :

Nom du service :



12321*08

**ASSURANCE-VIE ET CERTIFICAT D'ACQUITTEMENT OU DE NON-EXIGIBILITÉ DE L'IMPÔT
(DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION)**

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 auprès du SPFE/SDE du domicile du défunt⁽¹⁾, soit en 2 exemplaires en cas de dépôt sur place ou d'envoi postal, soit en 1 seul exemplaire (scanné au format PDF) en cas d'envoi par mail.

INFORMATIONS CONCERNANT LE DÉFUNT (voir la notice n° 2705-A-NOT-SD)

Succession de : Mme M

Nom de naissance : **LEFILS**

Nom d'usage : **PARENT**

Prénom(s) : **Claude**

Date de naissance : **30 octobre 1932** Commune de naissance : **PREMEAUX PRISSEY**

Département de naissance : **21** ou pays [si née à l'étranger] :

Adresse du domicile : , **PLACE DE L EGLISE**

Code postal : **21630** Commune : **POMMARD**

Décédé(e) le : **21 février 2026** à : **VIGNOLES** (Commune et Code Postal)

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (ne rien compléter)

Déclaration 2705-A SD n° _____ enregistrée le ____/____/____

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

**CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (ne rien compléter)
CERTIFICAT D'ACQUITTEMENT OU DE NON-EXIGIBILITÉ DE L'IMPÔT**

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

NOM et Prénom du bénéficiaire	Montant des droits (en €)

Service chargé de l'enregistrement (SDE/SPFE)⁽¹⁾ de :

Date : ____/____/____

Signature (accompagnée du nom et grade de l'agent) :

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.

⁽¹⁾ SDE : service départemental de l'enregistrement. SPFE : service de la publicité foncière et de l'enregistrement. (cf. l'annuaire de ces services sur le site [impots.gouv.fr](https://www.impots.gouv.fr), accessible via la rubrique Contact : <https://www.impots.gouv.fr/contacts>)



D 616 80/56/560/73 02AA7496372P4TF - 1 FHQ DIKE

CADRE À REMPLIR PAR LE DÉPOSANT

Renseignements relatifs aux contrats d'assurance-vie.

Désignation de l'organisme d'assurance concerné par la déclaration :

Nom et adresse de l'organisme : PREDICA - 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 Paris

		Assurance-vie autre que Plan Épargne Retraite		Plan Épargne Retraite	Informations concernant le(s) bénéficiaire(s) ⁽²⁾ – 1 ligne par bénéficiaire			
1. N° de contrat ou de l'avenant ⁽²⁾	2. Date de souscription du contrat ou de l'avenant ⁽²⁾	3. Montant des primes versées après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	4. Montant du capital à verser au titre des primes versées après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	5. Montant du capital à verser en cas de décès après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	6. Nom d'usage	7. Prénom(s)	8. Montant de la part du bénéficiaire dans les primes versées (cf. col. 3)	9. Montant de la part du bénéficiaire dans le capital à verser (cf. col. 4 ou 5)
00390275730	12/09/1997	30500 €			PARENT	Francois	10166,67 €	

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : PARENT

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : FRANCOISDate de naissance : 11/1/55 Commune de naissance : BEAUNEDépartement de naissance : 21 ou pays [si né(e) à l'étranger] : _____

Lien de parenté (OBLIGATOIRE) : Je déclare être (par exemple : l'enfant, le petit-enfant, le conjoint, l'oncle/la tante, le neveu/la nièce etc.)

je déclare être le fils. _____ du défunt**ATTENTION : si vous êtes oncle/tante, neveu/nièce, petit-neveu/petite-nièce avec le défunt, mentionnez « tiers ». Pour plus de précisions, veuillez consulter la notice.** par alliance, ou si vous n'avez aucun lien de parentéAdresse du bénéficiaire : 5 grande rueCode postal : 21630 Commune : POUMARIN Pays : FRANCEAdresse courriel : 5 grande rue POUMARIN Téléphone : 0662035909Le 22/4/2026Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur⁽³⁾ : ⁽²⁾ Pour l'ensemble des colonnes, voir la notice n° 2705-A-NOT-SD.⁽³⁾ Fournir un mandat ou un jugement de tutelle ainsi qu'une pièce d'identité.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

Liberté
Égalité
Fraternité

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

N° 2705-A-SD

(10-2025)

Date de réception :

Nom du service :



12321*08

**ASSURANCE-VIE ET CERTIFICAT D'ACQUITTEMENT OU DE NON-EXIGIBILITÉ DE L'IMPÔT
(DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION)**

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 auprès du SPFE/SDE du domicile du défunt⁽¹⁾, soit en 2 exemplaires en cas de dépôt sur place ou d'envoi postal, soit en 1 seul exemplaire (scanné au format PDF) en cas d'envoi par mail.

INFORMATIONS CONCERNANT LE DÉFUNT (voir la notice n° 2705-A-NOT-SD)

Succession de : Mme M

Nom de naissance : **LEFILS**

Nom d'usage : **PARENT**

Prénom(s) : **Claude**

Date de naissance : **30 octobre 1932** Commune de naissance : **PREMEAUX PRISSEY**

Département de naissance : **21** ou pays [si née à l'étranger] :

Adresse du domicile : , **PLACE DE L EGLISE**

Code postal : **21630** Commune : **POMMARD**

Décédé(e) le : **21 février 2026** à : **VIGNOLES** (Commune et Code Postal)

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (ne rien compléter)

Déclaration 2705-A SD n° _____ enregistrée le ____/____/____

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

**CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (ne rien compléter)
CERTIFICAT D'ACQUITTEMENT OU DE NON-EXIGIBILITÉ DE L'IMPÔT**

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

NOM et Prénom du bénéficiaire	Montant des droits (en €)

Service chargé de l'enregistrement (SDE/SPFE)⁽¹⁾ de :

Date : ____/____/____ Signature (accompagnée du nom et grade de l'agent) :

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.

⁽¹⁾ SDE : service départemental de l'enregistrement. SPFE : service de la publicité foncière et de l'enregistrement. (cf. l'annuaire de ces services sur le site [impots.gouv.fr](https://www.impots.gouv.fr), accessible via la rubrique Contact : <https://www.impots.gouv.fr/contacts>)



D 519 80/56559773 02AA7496372P4TF 1 FHQ.DKE

CADRE À REMPLIR PAR LE DÉPOSANT

Renseignements relatifs aux contrats d'assurance-vie.

Désignation de l'organisme d'assurance concerné par la déclaration :

Nom et adresse de l'organisme : PREDICA - 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 Paris

		Assurance-vie autre que Plan Épargne Retraite	Plan Épargne Retraite	Informations concernant le(s) bénéficiaire(s) ⁽²⁾ – 1 ligne par bénéficiaire				
1. N° de contrat ou de l'avenant ⁽²⁾	2. Date de souscription du contrat ou de l'avenant ⁽²⁾	3. Montant des primes versées après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	4. Montant du capital à verser au titre des primes versées après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	5. Montant du capital à verser en cas de décès après le 70 ^e anniversaire ⁽²⁾	6. Nom d'usage	7. Prénom(s)	8. Montant de la part du bénéficiaire dans les primes versées (cf. col. 3)	9. Montant de la part du bénéficiaire dans le capital à verser (cf. col. 4 ou 5)
00390275730	12/09/1997	30500 €			PARENT	Francois	10166,67 €	

Désignation du ou des bénéficiaires (un cadre par bénéficiaire).

Nom de naissance : PARENT

Nom d'usage :

Prénom(s) : FRANCOIS

Date de naissance : 11/1/55 Commune de naissance : BEAUNE

Département de naissance : 21 ou pays [si né(e) à l'étranger] :

Lien de parenté (**OBLIGATOIRE**) : Je déclare être (par exemple : l'enfant, le petit-enfant, le conjoint, l'oncle/la tante, le neveu/la nièce etc.)
Je déclare être le fils du défunt

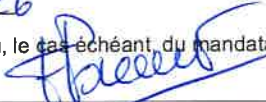
ATTENTION : si vous êtes oncle/tante, neveu/nièce, petit-neveu/petite-nièce par alliance, ou si vous n'avez aucun lien de parenté avec le défunt, mentionnez « tiers ». Pour plus de précisions, veuillez consulter la notice.

Adresse du bénéficiaire : 5 grande rue

Code postal : 21630 Commune : POMMARD Pays : FRANCE

Adresse courriel : 5 grande rue POMMARD Téléphone : 0662035901

Le 22/4/2026

Signature du bénéficiaire ou, le cas échéant, du mandataire ou du tuteur(3) :


⁽²⁾ Pour l'ensemble des colonnes, voir la notice n° 2705-A-NOT-SD.⁽³⁾ Fournir un mandat ou un jugement de tutelle ainsi qu'une pièce d'identité.