

**IMPOST DE SUCCESSIONS – DECLARACIÓ ASSEGURANCES DE VIDA**

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT				
NIF	COGNOMS I NOM / RAÓ SOCIAL	DOMICILI	POBLACIÓ	CP
DADES DEL REPRESENTANT				
NIF	COGNOMS I NOM / RAÓ SOCIAL	DOMICILI	POBLACIÓ	CP
DADES DE LA PERSONA CAUSANT				Data de la defunció
NIF	COGNOMS I NOM	DOMICILI	POBLACIÓ	CP
DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN				
CERTIFICAT DE DEFUNCIÓ <input type="checkbox"/>		DECLARACIÓ PATRIMONI DEL BENEFICIARI <input type="checkbox"/>		COPIA 717 PATRIMONI DEL BENEFICIARI <input type="checkbox"/>

**EXPOSA:** Que el Sr. / la Sra. \_\_\_\_\_ que va morir en \_\_\_\_\_ la qual cosa es certifica en la documentació adjunta, havia subscrit les assegurances de vida que s'indiquen a continuació:

Asseguradora	Número de pòlissa	Data contractació	Capital a percebre	Beneficiari	Parentesc

**SOL·LICITA:** Que accepteu l'autoliquidació parcial realitzada, aquesta sol·licitud i els documents adjunts i els tramiteu, d'acord amb el que disposa el Reglament de l'impost de successions i donacions (Reial decret 1629/1991, de 8 de novembre) i l'altra normativa d'aplicació.

Totes aquestes dades queden protegides en aplicació de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (article 10).

DATA I SIGNATURA (*)
Palma, ____ d'/de _____ de _____

(\*) Han de signar tots beneficiaris o els seus representants, amb les autoritzacions que calguin i còpia del DNI dels representants.

**ÒRGAN DESTINATARI DE LA SOL·LICITUD**

SERVEI DE L'IMPOST DE SUCCESSIONS I DONACIONS (ÀREA DE GESTIÓ TRIBUTÀRIA) AGÈNCIA TRIBUTÀRIA DE LES ILLES BALEARS
--

**IMPOST DE SUCCESSIONS – DECLARACIÓ ASSEGURANCES DE VIDA**

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT				
NIF	COGNOMS I NOM / RAÓ SOCIAL	DOMICILI	POBLACIÓ	CP
DADES DEL REPRESENTANT				
NIF	COGNOMS I NOM / RAÓ SOCIAL	DOMICILI	POBLACIÓ	CP
DADES DE LA PERSONA CAUSANT				Data de la defunció
NIF	COGNOMS I NOM	DOMICILI	POBLACIÓ	CP
DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN				
CERTIFICAT DE DEFUNCIÓ <input type="checkbox"/>		DECLARACIÓ PATRIMONI DEL BENEFICIARI <input type="checkbox"/>		COPIA 717 PATRIMONI DEL BENEFICIARI <input type="checkbox"/>

**EXPOSA:** Que el Sr. / la Sra. \_\_\_\_\_ que va morir en \_\_\_\_\_ la qual cosa es certifica en la documentació adjunta, havia subscrit les assegurances de vida que s'indiquen a continuació:

Asseguradora	Número de pòlissa	Data contractació	Capital a percebre	Beneficiari	Parentesc

**SOL·LICITA:** Que accepteu l'autoliquidació parcial realitzada, aquesta sol·licitud i els documents adjunts i els tramiteu, d'acord amb el que disposa el Reglament de l'impost de successions i donacions (Reial decret 1629/1991, de 8 de novembre) i l'altra normativa d'aplicació.

Totes aquestes dades queden protegides en aplicació de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (article 10).

DATA I SIGNATURA (*)
Amb la signatura d'aquest document quedau informat i consentiu expressament el tractament de les dades subministrades voluntàriament en el mateix.
Palma, ____ d'/de _____ de _____

(\*) Han de signar tots beneficiaris o els seus representants, amb les autoritzacions que calguin i copia del DNI dels representants.

**ÒRGAN DESTINATARI DE LA SOL·LICITUD**

SERVEI DE L'IMPOST DE SUCCESSIONS I DONACIONS (ÀREA DE GESTIÓ TRIBUTÀRIA) AGÈNCIA TRIBUTÀRIA DE LES ILLES BALEARS
--