

IMPUESTOS DE SUCESIONES – DECLARACIÓN SEGUROS DE VIDA

DATOS SOLICITANTE

NIF	APELLIDOS Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL	DOMICILIO	POBLACIÓN	CP
-----	-----------------------------------	-----------	-----------	----

DATOS REPRESENTANTE

NIF	APELLIDOS Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL	DOMICILIO	POBLACIÓN	CP
-----	-----------------------------------	-----------	-----------	----

DATOS CAUSANTE

				Fecha defunción	
NIF	APELLIDOS Y NOMBRE	DOMICILIO	POBLACIÓN	CP	

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>	DECLARACIÓN PATRIMONIO DEL BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	COPIA 717 PATRIMONIO DEL BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>
---	--	--

EXPONE: Que el Sr. / la Sra. _____ que falleció en _____, lo cual se certifica en la documentación adjunta, había suscrito los seguros de vida siguientes:

Aseguradora	Número de póliza	Fecha contratación	Capital a recibir	Beneficiario	Parentesco

SOLICITA: Que acepte la autoliquidación parcial realizada, esta solicitud y los documentos adjuntos y se tramiten de acuerdo con lo que dispone el Reglamento del Impuesto de sucesiones y donaciones (Real Decreto 1629/1991, de 8 de noviembre) y la normativa de aplicación.

Todos estos datos están protegidos en aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (artículo 10).

FECHA Y FIRMA (*)

Con la firma del presente documento queda informado y consiente expresamente el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo.

Palma, ____ d'/de _____ de _____

(*) Han de firmar todos los beneficiarios o sus representantes, con las autorizaciones que procedan y, en su caso, adjuntando la copia del DNI de los representantes.

ÓRGANO DESTINATARIO DE LA SOLICITUD

SERVICIO DEL IMPUESTOS DE SUCESIONES Y DONACIONES (ÀREA DE GESTIÓ TRIBUTÀRIA) AGÈNCIA TRIBUTÀRIA DE LES ILLES BALEARS
--

IMPUESTOS DE SUCESIONES – DECLARACIÓN SEGUROS DE VIDA

DATOS SOLICITANTE

NIF	APELLIDOS Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL	DOMICILIO	POBLACIÓN	CP
-----	-----------------------------------	-----------	-----------	----

DATOS REPRESENTANTE

NIF	APELLIDOS Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL	DOMICILIO	POBLACIÓN	CP
-----	-----------------------------------	-----------	-----------	----

DATOS CAUSANTE

			Fecha defunción	
NIF	APELLIDOS Y NOMBRE	DOMICILIO	POBLACIÓN	CP

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>	DECLARACIÓN PATRIMONIO DEL BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	COPIA 717 PATRIMONIO DEL BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>
---	--	--

EXPONE: Que el Sr. / la Sra. _____ que falleció en _____, lo cual se certifica en la documentación adjunta, había suscrito los seguros de vida siguientes:

Aseguradora	Número de póliza	Fecha contratación	Capital a recibir	Beneficiario	Parentesco
Aseguradora	Número de póliza	Fecha contratación	Capital a recibir	Beneficiario	Parentesco
Aseguradora	Número de póliza	Fecha contratación	Capital a recibir	Beneficiario	Parentesco
Aseguradora	Número de póliza	Fecha contratación	Capital a recibir	Beneficiario	Parentesco

SOLICITA: Que acepte la autoliquidación parcial realizada, esta solicitud y los documentos adjuntos y se tramiten de acuerdo con lo que dispone el Reglamento del Impuesto de sucesiones y donaciones (Real Decreto 1629/1991, de 8 de noviembre) y la normativa de aplicación.

Todos estos datos están protegidos en aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (artículo 10).

FECHA Y FIRMA (*)

Con la firma del presente documento queda informado y consiente expresamente el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo.

Palma, ____ d'/de _____ de _____

(*) Han de firmar todos los beneficiarios o sus representantes, con las autorizaciones que procedan y, en su caso, adjuntando la copia del DNI de los representantes.

ÓRGANO DESTINATARIO DE LA SOLICITUD

SERVICIO DEL IMPUESTOS DE SUCESIONES Y DONACIONES (ÀREA DE GESTIÓ TRIBUTÀRIA) AGÈNCIA TRIBUTÀRIA DE LES ILLES BALEARS
--

Información básica sobre Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679)

Responsable del tratamiento	Agència Tributària de les Illes Balears
Finalidad de la recogida y tratamiento	Gestionar, liquidar, inspeccionar y recabar los tributos propios de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.
Legitimación para el tratamiento	Art. 6.1.e) del Reglamento General de Protección de Datos. Arts. 6 y 8 de la Ley Orgánica de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales.
Destinatarios del tratamiento	Contribuyentes, sujetos obligados, representantes legales y presentadores.
Sus derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en https://www.atib.es/es/proteccion-de-datos