

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 (*)
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

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 (*)
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
--