


SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO

NIF:	APELLIDOS:	NOMBRE:
DOMICILIO:		MUNICIPIO:
PROVINCIA:		CÓDIGO POSTAL:

EXPONE QUE:

D./D ^a :	NIF:
DOMICILIO:	MUNICIPIO
FALLECIÓ EN:	EL DÍA DE DE

Que tenía concertada una póliza de seguro de vida con la compañía:

NOMBRE:	
NÚMERO:	IMPORTE: EUROS

Que los beneficiarios de la misma son:

APELLIDOS Y NOMBRE:	N. I. F.:	DIRECCIÓN COMPLETA:



**Gobierno
de La Rioja**

SOLICITA:

Que le sea practicada la liquidación correspondiente a la misma.

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de que los datos recabados mediante la cumplimentación de este formulario, serán incluidos en un fichero de datos de carácter personal.

Los datos solicitados son necesarios para cumplir con la finalidad del procedimiento, que es la gestión, liquidación, control y revisión del impuesto.

La D.G. de Tributos de la Consejería de Hacienda y Administración Pública es el órgano encargado y responsable del fichero, y como tal le garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, oposición, y supresión de los datos facilitados, así como otros derechos establecidos en la Ley, para lo cual deberá dirigirse por escrito a: C/ Portales nº 46 – 26.071, Logroño (La Rioja).

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web de la Dirección General de Tributos: <https://www.larioja.org/tributos/es>

Lugar y fecha:	En _____, a _____ de _____ de _____
-----------------------	-------------------------------------

Firma:	
NIF:	

