

Declaración Jurada **Simple**



En _____ a _____ de _____ del _____

Yo _____

Nº RUT	Nº Póliza
—	

Declaro no haber percibido valor de Asignación Familiar, en ningún período, por ningún miembro de mi Grupo Familiar, por el cual estoy solicitando pago retroactivo del beneficio.

Firma Causante	Firma Beneficiario
<hr/>	<hr/>
Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Día Mes Año	Día Mes Año