



Anexo 5° Solicitud de Extinción de Asignación Familiar

EuroAmerica

			N° de Póliza
1. DATOS BENEFICIARIO			
Nombre		RUT	
E-mail	Fecha de Nacimiento	Teléfono	
Domicilio	Comuna	Ciudad	

2. DATOS SOLICITANTE (Sólo si es distinto del beneficiario)

Nombre		RUT	
E-mail	Fecha de Nacimiento	Teléfono	
Domicilio	Comuna	Ciudad	

3. DATOS SOLICITANTE (Sólo si es distinto del beneficiario)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT	Cód. Causa de Extinción (1)	Fecha de Extinción Autorizada		
					Día	Mes	Año

Códigos de causa de extinción: Ver cuadro al reverso de formulario.

Los datos contenidos en estos casilleros son de exclusiva responsabilidad de la entidad administrada.

4. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (Sólo en caso de trabajadores afiliado al INP o CCAF)

Nombre o Razón Social		RUT	
Firma y Timbre EuroAmerica		Firma Pensionado	
_____		_____	
Fecha: Día	Mes	Año	



Códigos de Causal de Extinción del Causante

Código	Causal de Extinción del Causante
01	Fallecimiento del Causante.
02	Fallecimiento del Beneficiario.
03	Causante que no presenta Certificado de Alumno Regular.
04	Causante que deja vivir a expensas del beneficiario, ya sea pone inicio de una relación laboral u obtener una pensión u otra causa.
05	Causante soltero o viudo que pierde dicha calidad por contraer matrimonio.
06	Causante Cónyuge que se divorcia o anula matrimonio con el beneficio.
07	Término de la medida de protección del menor o deja de estar cargado de Institución del Estado.
08	Causante que, a pesar de vivir a expensas del beneficiario, recibe ingreso superior al permitido por el límite legal (mayor o igual a medio ingreso mínimo) por más de 3 meses de un año calendario.
09	Causante mayor de 18 años que no estudia o que se deja sin efecto la declaración de invalidez.
10	Beneficiario pierda la calidad de tal por término de la relación laboral y que no percibe beneficiario por censatía ni pensión.
11	Renuncia del Beneficiario de asignación familiar que opta por subsidio familiar.
12	Beneficiario cambia de trabajo a un empleador afiliado de otra Entidad Administradora.
13	Empleador de beneficiario se afilia a otra Entidad Administradora (del INP a una CCAF a otra de una CCAF al INP).
14	Beneficiario cambia su situación previsional porque pasa de trabajador a pensionado, de trabajador activo a cesante o de pensionado de la Ley N°16.744 a pensionado de vejez, o de pensionado con retiro programado a renta vitalicia. 15 Beneficiario actual solicita la extinción.
15	Beneficiario actual solicita la extinción del reconocimiento para que el causante sea reconocido por otro beneficiario.
16	Beneficiario tiene reconocido a un mismo causante más de una vez o un mismo causante se encuentra reconocido por más de un beneficiario.



EuroAmerica

Autorización de Descuento Asignación Familiar

Nº de Póliza

1. DATOS

Nombre

RUT

He renunciado a la carga familiar causada por:

Nombre

RUT

Desde _____ / _____ / _____ (Fecha en que perdió el derecho a causar Asignación Familiar)

Por lo que autorizo a EuroAmerica Seguros de Vida S.A. a descontar las Asignaciones Familiares canceladas de más, de acuerdo al siguiente desglose:

Descuentos:

Período	Valor AF	Período	Valor AF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Las que serán descontadas en _____ cuotas.

Firma Pensionado

Fecha: Día

Mes

Año