

Anexo 1 Rentas Vitalicias

Solicitud de Asignación Familiar

Fecha de Solicitud

Código Tipo Beneficiario

Día

Mes

Año



EuroAmerica

1. DATOS PERSONALES DEL PENSIONADO(A)

2. DATOS CONTRATANTE (SÓLO SI ES DISTINTO DEL BENEFICIARIO)

Nombre		RUT
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Domicilio		Comuna
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ciudad	Teléfono fijo	Teléfono Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email:		
<input type="text"/>		

Nombre		RUT
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Domicilio		Comuna
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ciudad	Solicita el pago del beneficio	
<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Email:		
<input type="text"/>		

RUT	Apellido Paterno / Materno / Nombres	Cód. Sexo	Cód Tipo Beneficio	Cód. Tipo Causante	Fecha Nacimiento	Fecha Inicio Beneficio Solicitado	Uso Exclusivo de la Entidad Administradora	
							Respuesta a la Solicitud	
							Aprobada	Rechazada
<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ver códigos en cuadros al dorso

DECLARACIÓN JURADA DEL BENEFICIARIO SOLICITANTE:

Declaro bajo juramento que las personas invocadas como causantes de asignación familiar viven a mis expensas y no reciben rentas iguales o superiores al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el Art. 4º de la ley Nº 18.806 (para estos efectos la pensión de orfandad no se considera renta); que no han sido invocadas ante otra entidad pagadora del beneficio y que los hijos, nietos y otros menores de 18 años, y los mayores de 18 años son solteros y siguen cursos regulares en la enseñanza media, normal, técnica, especializada o superior en instituciones del Estado o reconocidas por este. Declaro, además, conocer lo dispuesto en el artículo 18 del D.F.L. Nº 150, de 1981, que, sin perjuicio de la restitución de las sumas indebidamente percibidas, sanciona con presidio a quien percibe indebidamente la asignación familiar, sea proporcionando datos falsos o no comunicando la extinción del derecho al beneficio dentro del plazo de 60 días contados desde que acontece o por otro medio fraudulento cualquiera. La autorización conferida a los causantes que requieren acreditar la condición de estudiantes, por los meses posteriores al término de un periodo escolar, y el inicio del siguiente sólo tendrá validez si se acredita la prosecución de los estudios. La no acreditación hará exigible la devolución de los beneficios percibidos en los referidos meses.

DATOS EMPLEADOR

(sólo en caso de trabajadores dependientes)

Rut
<input type="text"/>
Nombre o Razón Social
<input type="text"/>
Fecha Inicio Contrato Vigente
<input type="text"/>

Firma y timbre recepción EuroAmerica		
<input type="text"/>		
Fecha: Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma Empleador o Representante Legal		
<input type="text"/>		
Fecha: Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del Solicitante		
<input type="text"/>		
Fecha: Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Códigos de Causal de Extinción del Causante

CAUSANTES DE 18 AÑOS Y MÁS: Deben presentar además de lo que se indica a continuación una declaración jurada de que vive a expensas del beneficiado y que no recibe rentas iguales o superior al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el art. 4º de la ley N° 18.806 y su soltería cuando corresponda.

Cód.	Detalle	Cód.	Detalle	Cód.	Detalle		
1	CONYUGE (MUJER) 1. Certificado de matrimonio.	8	MADRE VIUDA 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Certificado de matrimonio de la madre. 3. Certificado de defunción del cónyuge de la madre.	22	TRABAJADORA EMBARAZADA 1. Certificado que acredite el 5º mes de embarazo emitido por la matrona o médico tratante del servicio de salud pública. Si el certificado es emitido por una Isapre o médico particular deberá ser revisado por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario.		
2	CONYUGE (INVALIDO) 1. Certificado de matrimonio. 2. Resolución de invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario.	9	ASCENDIENTE MAYOR DE 65 AÑOS 1. Certificado de nacimiento beneficiario. 2. Certificado de nacimiento del ascendiente que es invocado como causante y el de sus descendientes si el beneficiario es un nieto.	26	CÓNYUGE EMBARAZADA 1. Certificado de matrimonio. 2. Certificado que acredite el 5º mes de embarazo emitido por la matrona o médico tratante del servicio de salud pública. Si el certificado es emitido por una Isapre o médico particular deberá ser revisado por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario.		
3	HIJO INCLUIDO EL ADOPTADO Y EL HIJASTRO, MENOR O IGUAL A 18 AÑOS 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Tratándose de hijastros, deben presentar el certificado de matrimonio del beneficiario.	10	ASCENDIENTE INVÁLIDO SIN LÍMITE DE EDAD 1. Certificado de nacimiento beneficiario. 2. Resolución de invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario. 3. Certificado de nacimiento del ascendiente que es invocado como causante y el de sus descendientes si el beneficiario es un nieto.	27	MINOR A CARGO DE PERSONA NATURAL EN VIRTUD DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN. MENOR O IGUAL A 18 AÑOS DE EDAD 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución u ocio del tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial.		
4	HIJO INCLUIDO EL ADOPTADO Y EL HIJASTRO, INVÁLIDO SIN LÍMITE DE EDAD 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución de invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario. 3. Tratándose de hijastros, deben presentar el Certificado de matrimonio del beneficiario.	11	NIETOS Y BISNIETOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS POR ESTOS ENTRE LOS 18 Y 24 AÑOS (ESTUDIANTE) 1. Certificado de nacimiento del beneficiario. 2. Certificado de alumno regular, el cual debe ser presentado con la misma periodicidad de los estudios. 3. Certificado de nacimiento del padre o madre del menor según corresponda (En caso de los bisnietos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela según corresponda) 4. Tratándose de huérfanos, presentar certificado de defunción de ambos padres del menor. 5. Tratándose de abandonados, informe emitido por un asistente social que acredite el abandono del menor.	28	MINOR A CARGO DE PERSONA NATURAL EN VIRTUD DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN. INVÁLIDO DE CUALQUIER EDAD 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución u ocio del tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial. 3. Resolución de invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante.		
5	HIJO INCLUIDO EL ADOPTADO Y EL HIJASTRO, ENTRE 18 Y 24 AÑOS (ESTUDIANTE) 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Certificado de alumno regular, el cual debe ser presentado con la misma periodicidad de los estudios. 3. Tratándose de hijastros, deben presentar el certificado de matrimonio del beneficiario.	17	NIÑOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS MENORES DE 18 AÑOS AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN 1. Certificado de nacimiento beneficiario. 2. Resolución u ocio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial.	01	TRABAJADOR DEPENDIENTE	05	SEGURO DE CESANTÍA FONDO SOLIDARIO
6	NIETOS Y BISNIETOS HASTA 18 AÑOS, HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Certificado de nacimiento del padre o madre del menor según corresponda (En caso de los bisnietos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela según corresponda) 3. Tratándose de huérfanos, presentar Certificado de defunción de ambos padres del menor. 4. Tratándose de abandonados, informe emitido por un asistente social que acredite el abandono del menor por parte de los padres.	18	NIÑOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS ENTRE 18 Y 24 AÑOS (ESTUDIANTE) AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución u ocio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial.	02	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	06	INSTITUCIONES RECONOCIDAS POR EL ESTADO QUE TENGAN A SU CUIDADO UN MENOR
7	NIETOS Y BISNIETOS INVÁLIDOS SIN LÍMITE DE EDAD, HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS POR ESTOS 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución de invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario correspondiente al domicilio del beneficiario. 3. Certificado de nacimiento del padre o madre del menor según corresponda (En caso de los bisnietos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela según corresponda) 4. Tratándose de huérfanos, presentar certificado de defunción de ambos padres del menor. 5. Tratándose de abandonados, informe emitido por un asistente social que acredite el abandono del menor por parte de los padres.	21	NIÑOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS INVÁLIDOS AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN 1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución u ocio del tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial. 3. Resolución de invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario.	03	PENSIONADO	07	PERSONAS NATURALES QUE TENGAN MENORES A SU CARGO
				04	SUBSIDIADO DE CESANTÍA	08	SUBSIDIADO MENOR DE 18 AÑOS POR DISCAPACIDAD MENTAL
				Códigos por sexo		Códigos por Tipo de Beneficiario	
				Cód.	Detalle	Cód.	Detalle
				01	MASCULINO	01	ASIGNACIÓN FAMILIAR
				02	FEMENINO	02	ASIGNACIÓN MATERNAL