

Declaración Jurada **Simple**



EuroAmerica

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

Fecha:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Día

Mes

Año

Firma Beneficiario

Fecha:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Día

Mes

Año