

# Solicitud de Asignación Familiar DFL N° 150, de 1981 Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A.

**Objetivo de la Solicitud** (Marcar con una X lo que corresponda) (Marcar sólo una alternativa)

Nuevo Beneficiario  Aumento de Cargas  Disminución de Cargas  Renovación de Cargas

**Tipo de Pensión**

Vejez  Vejez Anticipada  Invalidez  Sobrevivencia

**N° de Póliza**

**Identificación del Beneficiario de Pensión**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	E-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**Domicilio del Beneficiario**

Calle	N°	Depto.	Comuna	Ciudad	Región
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Identificación del Solicitante** (Sólo si es distinto del beneficiario)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Domicilio del Solicitante**

Calle	N°	Depto.	Comuna	Ciudad	Región
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Solicita Pago de Asignación Familiar por las siguientes Cargas**

N°	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT	Fecha de Nacimiento	Fecha inicio o cese beneficio	Parentesco*	Sexo	Tipo de Carga	Certificados que adjunta			
										Nac.	Matr.	Estudios	Otros
1	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si el causante no tiene parentesco con el beneficiario y está a su cuidado en virtud del artículo 29 de la Ley N° 16.618, la columna parentesco deberá quedar en blanco y se deberá adjuntar la Resolución del Tribunal correspondiente.

**Sexo**  
Masculino = 1  
Femenino = 2

**Tipo de Carga**  
Simple = 1  
Duplo = 2

**Sucursal**

**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 4° de la Ley N° 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 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 éste.

Declaro además conocer lo dispuesto en el artículo 18 del D.F.L. N° 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.

Declaro que actualmente no recibo, ni he solicitado el pago del beneficio de Asignación Familiar para mis cargas familiares simultáneamente en AFP \_\_\_\_\_ u otra institución o empleador.

Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes. Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. y en www.aach.cl.

**Uso exclusivo Departamento de Pensiones**

<input type="checkbox"/> Normal	Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Estudiante	Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>
Fecha de Pago		<input type="text"/>	V° B°	<input type="text"/>

Nombre y Fecha de Recepción de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario / Solicitante

Fecha

Firma del Asegurado

Recepcionado por (Nombre)

## DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE

### Parentesco con el beneficiario

CONYUGE:

CONYUGE INVALIDO

HIJOS

HIJOS ADOPTADOS (sin adopción plena)

HIJASTROS

HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS

NIETOS O BISNIETOS

ASCENDIENTES MAYORES DE 65 AÑOS (Padres o Abuelos)

MADRE VIUDA

CAUSANTES INVALIDOS

### Antecedentes

- CERTIFICADO DE MATRIMONIO
- DECLARACION JURADA DE LA CAUSANTE (vive a expensas del beneficiario; no recibe rentas iguales o superiores al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el art. 4 de la Ley N° 18.806)
- CERTIFICADO DE MATRIMONIO
- CERTIFICADO DE LA COMPIN CON DECLARACION DE INVALIDEZ
- DECLARACION JURADA DEL CAUSANTE (vive a expensas del beneficiario; no recibe rentas iguales o superiores al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el art. 4 de la Ley N° 18.806)
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL CAUSANTE
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL CAUSANTE
- ADOPCIÓN SIMPLE OTORGADA POR EL JUZGADO DE MENORES
- CERTIFICADO DE NACIMIENTOS
- CERTIFICADO DE MATRIMONIO CON LA MADRE O PADRE DEL MENOR
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL CAUSANTE
- CERTIFICADO DE ESTUDIOS DEL CAUSANTE
- DECLARACION JURADA DEL CAUSANTE (vive a expensas del beneficiario; no recibe rentas iguales o superiores al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el art. 4 de la Ley N° 18.806; permanece soltero)
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL CAUSANTE
- CERTIFICADOS DE NACIMIENTO QUE ACREDITEN EL PARENTESCO
- CERTIFICADOS QUE ACREDITEN CONDICION DE HUERFANOS O ABANDONO DE LOS PADRES
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO
- CERTIFICADOS DE NACIMIENTO QUE ACREDITEN EL PARENTESCO
- DECLARACION JURADA DE LOS CAUSANTES (viven a expensas del beneficiario; no recibe rentas iguales o superiores al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el art. 4 de la Ley N° 18.806)
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO
- CERTIFICADO DE MATRIMONIO DE PADRES BENEFICIARIO
- CERTIFICADO DE DEFUNCION DEL PADRE DEL BENEFICIARIO
- DECLARACION JURADA DE LA CAUSANTE (vive a expensas del beneficiario; no recibe rentas iguales o superiores al 50% del Ingreso mínimo mensual a que se refiere el art. 4 de la Ley N° 18.806)
- CERTIFICADO DE LA COMPIN DEL SERVICIO DE SALUD MAS CERCANO AL DOMICILIO DEL CAUSANTE CON DECLARACION DE INVALIDEZ (Más los antecedentes que correspondan de acuerdo con parentesco con el beneficiado).

- Los certificados de invalidez deben ser renovados cada tres años.
- Los certificados de estudios vencen semestral o anualmente, según el plan de estudio que acrediten.

### Declaración Jurada de Asignación Familiar (Hijo o nieto mayor de 18 años, cónyuge, padres)

Yo <input style="width: 300px;" type="text"/> C.I. <input style="width: 100px;" type="text"/> Domiciliado en <input style="width: 500px;" type="text"/> Declaro bajo juramento que: 1.- Mi estado civil es <input style="width: 200px;" type="text"/> 2.- No percibo ingresos iguales o superiores al monto correspondiente al 50% del ingreso mínimo vigente 3.- Vivo a expensas de <input style="width: 350px;" type="text"/> <div style="text-align: right; font-size: small;">Nombre del Pensionado</div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Fecha <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> Firma del Declarante <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> RUT
Yo <input style="width: 300px;" type="text"/> C.I. <input style="width: 100px;" type="text"/> Domiciliado en <input style="width: 500px;" type="text"/> Declaro bajo juramento que: 1.- Mi estado civil es <input style="width: 200px;" type="text"/> 2.- No percibo ingresos iguales o superiores al monto correspondiente al 50% del ingreso mínimo vigente 3.- Vivo a expensas de <input style="width: 350px;" type="text"/> <div style="text-align: right; font-size: small;">Nombre del Pensionado</div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Fecha <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> Firma del Declarante <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> RUT
Yo <input style="width: 300px;" type="text"/> C.I. <input style="width: 100px;" type="text"/> Domiciliado en <input style="width: 500px;" type="text"/> Declaro bajo juramento que: 1.- Mi estado civil es <input style="width: 200px;" type="text"/> 2.- No percibo ingresos iguales o superiores al monto correspondiente al 50% del ingreso mínimo vigente 3.- Vivo a expensas de <input style="width: 350px;" type="text"/> <div style="text-align: right; font-size: small;">Nombre del Pensionado</div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Fecha <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> Firma del Declarante <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> RUT
Yo <input style="width: 300px;" type="text"/> C.I. <input style="width: 100px;" type="text"/> Domiciliado en <input style="width: 500px;" type="text"/> Declaro bajo juramento que: 1.- Mi estado civil es <input style="width: 200px;" type="text"/> 2.- No percibo ingresos iguales o superiores al monto correspondiente al 50% del ingreso mínimo vigente 3.- Vivo a expensas de <input style="width: 350px;" type="text"/> <div style="text-align: right; font-size: small;">Nombre del Pensionado</div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Fecha <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> Firma del Declarante <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> RUT



**Solicitud de Asignación Familiar DFL N° 150, de 1981**  
**Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A.**