



N° de Póliza

Item

**Declaración Jurada Simple para Asignación Familiar**

Yo, \_\_\_\_\_

Rut. \_\_\_\_\_

Domiciliado(a) en \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_, Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Declaro bajo juramento y asumiendo la responsabilidad legal correspondiente que :**

(Marcar los meses que solicita Asignación Familiar)

**Las siguientes cargas familiares no han sido declaradas y reconocidas como Causantes de Asignación Familiar en los períodos detallados más bajo.**

Nombre Causante	Rut.	Parentesco

**AÑO**

**MESES**

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D

\_\_\_\_\_  
 Firma y Rut. del Beneficiario

\_\_\_\_\_  
 Fecha de Recepción