

**ANEXO N°1**  
**SOLICITUD DE ASIGNACIÓN FAMILIAR Y MATERNAL**

POLIZA

FECHA DE LA SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

**IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

CODIGO TIPO BENEFICIARIO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO : CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REGION	CORREO ELECTRONICO

**IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (Sólo si es distinto del beneficiario):**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE O RAZON SOCIAL	RUN	SOLICITA EL PAGO DIRECTO DEL BENEFICIO:
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(Marcar con una X opción seleccionada)		

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO : CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REGION	CORREO ELECTRONICO

**IDENTIFICACION DE CAUSANTES:**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	CODIGO SEXO	CODIGO TIPO DE BENEFICIO	CODIGO TIPO DE CAUSANTE	FECHA DE NACIMIENTO						FECHA DE INICIO DE BENEFICIO SOLICITADO			USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA	
							FECHA DE NACIMIENTO			FECHA DE INICIO DE BENEFICIO SOLICITADO			RESPUESTA A LA SOLICITUD				
							DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	APROBADO	RECHAZADO			

VER CODIGOS ( ) ENCUADROS AL DORSO.

**IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR : (Sólo en caso de trabajadores dependientes)**

PENTA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.	<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"/>
NOMBRE O RAZON SOCIAL	RUT																

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO VIGENTE		
DIA	MES	AÑO

FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

**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, nietos y otros menores de 18 años, y os 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, conocerlo 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.

La autorización conferida a los causantes que requieren acreditar la condición de estudiantes, por los meses posteriores al término de un período 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.

FIRMA - FECHA Y TIMBRE RECEPCIÓN ENTIDAD ADMINISTRADORA
---

FIRMA DEL SOLICITANTE

(Reverso Anexo 1)

Código	DOCUMENTACION DE RESPALDO POR TIPO DE CAUSANTE
	CAUSANTES DE 18 AÑOS Y MAS: Deben presentar además de lo que se indica a continuación una declaración jurada de que vive a expensas del beneficiario y que 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, y su soltería cuando corresponda.
01	CONYUGE (MUJER) 1.- Certificado de matrimonio
02	CONYUGE (INVALIDO) 1.- Certificado de matrimonio 2.- Resolución de Invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario.
04	HIJO INCLUIDO EL ADOPTADO Y EL HIJASTRO, MENOR O IGUAL A 18 AÑOS 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Tratandose de hijastros, deben presentar certificado de matrimonio del beneficiario.
05	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.- Tratandose de hijastros, deben presentar certificado de matrimonio del beneficiario.
06	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.- Tratandose de hijastros, deben presentar certificado de matrimonio del beneficiario.
07	NIETOS Y BISNIETOS HASTA LOS 18 AÑOS, HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS POR ÉSTOS 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Certificado de nacimiento del padre o madre del menor según corresponda. (En caso de los bisnetos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela, según corresponda). 3.- Tratandose de huérfanos, deben presentar certificado de defunción de ambos padres del menor. 4.- Tratandose de abandonados, informe emitido por una asistente social que acredite el abandono del menor por parte de los padres.
08	NIETOS Y BISNIETOS INVALIDOS SIN LIMITE DE EDAD, HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS POR ÉSTOS 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Resolución de Invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante. 3.- Certificado de nacimiento del padre o madre del menor según corresponda. (En caso de los bisnetos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela, según corresponda). 4.- Tratandose de huérfanos, deben presentar certificado de defunción de ambos padres del menor. 5.- Tratandose de abandonados, informe emitido por una asistente social que acredite el abandono del menor por parte de los padres.
09	MADRE VIUDA 1.- Certificado de nacimiento del Beneficiario. 2.- Certificado de matrimonio de la madre. 3.- Certificado de defunción del conyuge de la madre.
10	ASCENDIENTE MAYOR DE 65 AÑOS 1.- Certificado de nacimiento del Beneficiario. 2.- Certificado de nacimiento del ascendiente que es invocado como causante y el de sus descendientes si el beneficiario es un nieto.
11	ASCENDIENTE INVÁLIDO SIN LÍMITE DE EDAD 1.- Certificado de nacimiento del Beneficiario. 2.- Resolución de Invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante. 3.- Certificado de nacimiento del ascendiente que es invocado como causante y el de sus descendientes si el beneficiario es un nieto.
17	NIETOS Y BISNIETOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS POR ÉSTOS ENTRE LOS 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.- Certificado de nacimiento del padre o madre del menor según corresponda. (En caso de los bisnetos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela, según corresponda). 4.- Tratandose de huérfanos, deben presentar certificado de defunción de ambos padres del menor. 5.- Tratandose de abandonados, informe emitido por una asistente social que acredite el abandono del menor por parte de los padres.
18	NINOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS MENORES DE 18 AÑOS AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial.
19	NINOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS ENTRE 18 Y 24 AÑOS AÑOS (ESTUDIANTE) AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial. 3.- Certificado de alumno regular, el cual debe ser presentado con la misma periodicidad de los estudios.
20	NINOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS INVALIDOS AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Resolución u oficio 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.
21	TRABAJADORA EMBARAZADA 1.- Certificado que acredite el 5° 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 visado por el COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario.
22	CONYUGE EMBARAZADA 1.- Certificado de matrimonio 2.- Certificado que acredite el 5° 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 visado por el COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario.
26	MENOR A CARGO DE PERSONA NATURAL EN VIRTUD DE MEDIDAS DE PROTECCION. MENOR O IGUAL A 18 AÑOS DE EDAD 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial.
27	MENOR A CARGO DE PERSONA NATURAL EN VIRTUD DE MEDIDAS DE PROTECCION. INVALIDO DE CUALQUIER EDAD 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Resolución u oficio 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.
28	MENOR A CARGO DE PERSONA NATURAL EN VIRTUD DE MEDIDAS DE PROTECCION. ENTRE 18 Y 24 AÑOS DE EDAD (ESTUDIANTE) 1.- Certificado de nacimiento del Causante 2.- Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial. 3.- Certificado de alumno regular, el cual debe ser presentado con la misma periodicidad de los estudios.

CODIGOS POR TIPO DE BENEFICIARIOS	
CODIGO	DETALLE
01	TRABAJADOR DEPENDIENTE
02	TRABAJADOR INDEPENDIENTE
03	PENSIONADO
04	SIBSIDIADO DE CESANTÍA
05	SEGURO DE CESANTÍA DEL FONDO SOLICDARIO
06	INSTITUCIONES RECONOCIDAS POR EL ESTADO QUE TENGAN A SU CUIDADO UN MENOR
07	PERSONAS NATURALES QUE TENGAN MENORES A SU CARGO
12	SUBCIDIADO MENOR 18 AÑOS POR DISCAPACIDAD MENTAL

CODIGOS POR SEXO	
CODIGO	DETALLE
01	MASCULINO
02	FEMENINO

CODIGOS POR TIPO DE BENEFICIO	
CODIGO	DETALLE
01	ASIGNACIÓN FAMILIAR
02	ASIGNACIÓN MATERNAR