

**BENEFICIO SOLICITADO**

- Pensión  
 Asignación Familiar

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

N° PÓLIZA | \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,  
Teléfono N° \_\_\_\_\_, Domiciliado(a) en \_\_\_\_\_,  
Comuna \_\_\_\_\_, Ciudad \_\_\_\_\_.

En conformidad a lo establecido en el D.S N°75, Artículos 12° y 25°, declaro que:

1. A la fecha de la presente declaración, vivo a expensas de don(ña) \_\_\_\_\_  
(Nombre del pensionado(a))  
RUT \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, pensionado(a) de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.
2. Además informo que viví a expensas los años:
3. No percibo ingresos que sumados sean mayores o iguales al 50% del ingreso mínimo vigente.
4. A la fecha de la presente declaración, mi estado civil es SOLTERO(A).(\*)
5. \_\_\_\_\_ estoy estudiando este año académico. (\*)  
(Escriba Sí o No)
6. En caso de contraer matrimonio en el futuro, me comprometo a dar aviso por escrito a Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., durante el mismo mes de ocurrido ese evento. (\*)
7. Responderé, penalmente por la presunta falsedad que contenga la presente declaración jurada y civilmente frente a eventuales perjuicio que afecten al Estado y/o a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.

\_\_\_\_\_  
Relación con el(la) Pensionado(a)\_\_\_\_\_  
Firma del Declarante**(\*) Solo Hijos Mayores de 18 años.**

La persona individualizada ha firmado ante mí, la presente declaración.

\_\_\_\_\_  
Nombre Representante de la Compañía\_\_\_\_\_  
Firma Representante de la Compañía