

## Declaración Jurada de Ingresos para actualización del valor de la Asignación Familiar Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A.

Yo:

|   |                  |         |   |
|---|------------------|---------|---|
| Apellido Paterno  | Apellido Materno | Nombres | RUN                                       |
| <input style="width: 100%;" type="text"/>                                 |                  |         | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| En mi calidad de Trabajador/Pensionado (tarjar lo que no corresponda) de: |                  |         |   |
| Nombre o Razón Social del Empleador/Entidad pagadora de pensiones         |                  |         | RUT                                       |
| <input style="width: 100%;" type="text"/>                                 |                  |         | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

(Escoja la alternativa a) o b), según corresponda a su situación)

**Declaro:**

a) **NO HABER PERCIBIDO OTROS INGRESOS** durante el período enero a junio de 20\_\_\_\_, adicionales a las remuneraciones/pensiones que percibí de mi empleador/entidad de previsión, antes señalado. (tarjar lo que no corresponda)

| Fecha de la Declaración |     |     |
|-------------------------|-----|-----|
| Día                     | Mes | Año |
|                         |     |     |

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador o Pensionado

b) **HABER PERCIBIDO MÁS DE UN INGRESO**, conforme al siguiente detalle:

| AÑO EN CURSO 20____ | (a) Remuneración con mismo empleador | (b) Otras remuneraciones con distintos empleadores | (c) Renta trabajador independiente | (d) Subsidios | (e) Pensiones misma entidad | (f) Otras pensiones | (g) Total ingresos (a+b+c+d+e+f) |
|---------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------------|
| MESES               | \$                                   | \$   | \$                                 | \$            | \$                          | \$                  | \$                               |
| Enero               |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Febrero             |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Marzo               |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Abril               |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Mayo                |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Junio               |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| <b>TOTAL \$</b>     |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |

Los trabajadores contratados por obras, faenas o plazos fijos no superiores a seis meses deberán adicionalmente declarar los ingresos percibidos en el segundo semestre del año anterior.

| AÑO ANTERIOR 20____ | (a) Remuneración con mismo empleador | (b) Otras remuneraciones con distintos empleadores | (c) Renta trabajador independiente | (d) Subsidios | (e) Pensiones misma entidad | (f) Otras pensiones | (g) Total ingresos (a+b+c+d+e+f) |
|---------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------------|
| MESES               | \$                                   | \$   | \$                                 | \$            | \$                          | \$                  | \$                               |
| Julio               |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Agosto              |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Septiembre          |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Octubre             |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Noviembre           |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| Diciembre           |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |
| <b>TOTAL \$</b>     |                                      |  |                                    |               |                             |                     |                                  |

Código: 50-1-300 - Imprenta Cruzmán

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador o Pensionado

| Fecha de la Declaración |     |     |
|-------------------------|-----|-----|
| Día                     | Mes | Año |
|                         |     |     |

**Uso Exclusivo de la Empleador/Entidad Administradora según o corresponda**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input style="width: 100%;" type="text"/><br>Ingreso Promedio | <input style="width: 100%;" type="text"/><br>Tramo Asignación Familiar | <input style="width: 100%;" type="text"/><br>Valor Unitario de Asignación Familiar simple según tramo (\$) |
|---|--|--|

**Uso Exclusivo Entidad Administradora**

| Fecha de Procesamiento del SIAGF | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | Día | Mes | Año |  |  |  |
|----------------------------------|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| Día                              | Mes  | Año |     |     |  |  |  |
|                                  |  |     |     |     |  |  |  |
| _____<br>Vº Bº                   |  |     |     |     |  |  |  |

\_\_\_\_\_  
Firma y Timbre de Recepción de la Entidad

Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este documento se encuentra en la página web [www.aach.cl](http://www.aach.cl).

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. o a través de la página web de [www.dddchile.cl](http://www.dddchile.cl).

El Cliente autoriza a Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. para almacenar y proporcionar a sus personas relacionadas, en los términos del artículo 100 de la Ley N° 18.045, sus datos personales de naturaleza no sensible, en los términos y condiciones establecidos en la Ley N° 19.682, sobre Protección de la Vida Privada.