

N° de Póliza		

**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	RUT

En mi calidad de Trabajador Pensionado (marcar lo que corresponda) de:
 Nombre o Razón Social del Empleador/Entidad pagadora de pensiones RUT

--	--

(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 <input type="text"/>	(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							
Total \$							

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 <input type="text"/>	(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							
Total \$							

Firma del Trabajador o Pensionado

Fecha de la Declaración		
Día	Mes	Año

Uso Exclusivo del Empleador/Entidad Administradora según corresponda

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingreso Promedio	Tramo Asignación Familiar	Valor Unitario de Asignación Familiar simple según tramo (\$)

Uso Exclusivo Entidad Administradora

Fecha de Procesamiento del SIAGF

_____ VºBº

Día	Mes	Año

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.

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.

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.