

Identificación del Beneficiario

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio: Calle	N°	Depto. Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Región	Correo Electrónico
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Válido desde el 01-October-2016

Fecha de Solicitud		
Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Tipo de Beneficiario (*)		
<input type="text"/>		
N° de Póliza		
<input type="text"/>		

Identificación del Solicitante (Sólo si es distinto del beneficiario)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio: Calle	N°	Depto. Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Región	Correo Electrónico
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identificación de los Causantes que se solicita extinguir

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUN	Código causa de Extinción (1)	Fecha de Extinción Autorizada		
					Día	Mes	Año
<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Código causa de extinción: Ver cuadro al reverso del formulario

(*) Los datos contenidos en estos casilleros son de exclusiva responsabilidad de la entidad administradora

Sucursal

Identificación del Empleador (Sólo en caso de trabajadores afiliados al INP o CCAF):

Nombre o Razón Social	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha	Recepcionado por (Nombre)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma y Timbre Entidad Administradora	

Firma del Solicitante

Fecha	<input type="text"/>
Firma del Asegurado	<input type="text"/>
Recepcionado por (Nombre)	<input type="text"/>
Recibo Pensionado	<input type="text"/>

Reverso Anexo N° 1

Código	Causal de Extinción de un Causante
01	Fallecimiento del causante
02	Fallecimiento del beneficiario
04	Causante que no presenta Certificado de Alumno Regular
05	Causante que deja de vivir a expensas del beneficiario, ya sea por inicio de relación laboral u obtener una pensión u otra causa
06	Causante soltero o viudo que pierde dicha calidad por contraer matrimonio
07	Causante cónyuge que se divorcia o anula matrimonio con el beneficiario
08	Término de la medida de protección del menor o deja de estar a cargo de institución del Estado
09	Causante que, a pesar de vivir a expensas del beneficiario, recibe ingreso superior al permitido por el límite legal (mayor o igual a medio ingreso mínimo) por más de 3 meses de un año calendario
10	Causante mayor de 18 años que no estudia o que se deja sin efecto la declaración de invalidez
11	Beneficiario pierde la calidad de tal por término de la relación laboral y que no percibe beneficio por cesantía ni pensión
14	Renuncia del beneficiario de asignación familiar que opta por subsidio familiar
15	Beneficiario cambia de trabajo a un empleador afiliado a otra Entidad Administradora
16	Empleador del beneficiario se afilia a otra Entidad Administradora (del INP a una CCAF, de una CCAF a otra, de una CCAF al INP)
17	Beneficiario cambia su situación previsional porque pasa de trabajador a pensionado, de trabajador activo a cesante, o de pensionado de la Ley N° 16.744 a pensionado de vejez, o de pensionado con Retiro Programado o Renta Vitalicia.
18	Beneficiario actual solicita la extinción del reconocimiento para que el causante sea reconocido por otro beneficiario
19	Beneficiario tiene reconocido a un mismo causante más de una vez o un mismo causante se encuentra reconocido por más de un beneficiario