

DECLARACION JURADA DE INGRESOS PARA ACTUALIZACION DEL VALOR DE LA ASIGNACION FAMILIAR

Yo _____
APELLIDO PATERNO
APELLIDO MATERNO
NOMBRES
RUN

en mi condición de trabajador / pensionado (tarjar lo que no corresponda) de:

MetLife Chile Seguros de Vida S.A.
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR / ENTIDAD PAGADORA DE PENSIONES
RUT

DECLARO:
(Elija la alternativa a) ó b), según corresponda a su situación)

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

| FECHA DE LA DECLARACIÓN | | |
|-------------------------|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
| | | |

Firma de Trabajador o Pensionado

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

| AÑO EN CURSO 20____ | a) REMUNERACION 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 EN CURSO 20____ | a) REMUNERACION 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 de Trabajador o Pensionado

| USO EXCLUSIVO EMPLEADOR O ENTIDAD ADMINISTRADORA SEGUN CORRESPONDA | | |
|--|---|---|
| <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> Ingreso Promedio | <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> Tramo Asignación Familiar | <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> Valor Unitario de Asignacion Familiar Simple Según Tramo (\$) |
| USO EXCLUSIVO ENTIDAD ADMINISTRADORA | | |
| Fecha de Procesamiento en el SIAGF | | |
| _____ VºBº | | |

| FECHA DE LA DECLARACIÓN | | |
|-------------------------|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
| | | |

Firma y Timbre de Recepción de la Entidad

Nº POLIZA: _____