

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; margin-bottom: 5px;"></div> Ingreso Promedio	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> Tramo Asignación Familiar	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></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: _____