

# Declaración Jurada Asignación Familiar Retroactiva



EuroAmerica

## DATOS CONTACTO

DATOS CONTACTO			N° de Póliza	
Nombre		RUT		
Dirección				
Comuna	Ciudad		Teléfono	
Email				
Autorizo a EuroAmerica Seguros de Vida S.A. a enviar comunicaciones a este mail, ej. Póliza, liquidaciones.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

## 1. DECLARACIÓN JURADA

En		a		de		del	
Yo							
N° RUT				N° Póliza			

Declaro no haber percibido valor de Asignación Familiar, en ningún período, por ningún miembro de mi Grupo Familiar, por el cual estoy solicitando pago retroactivo del beneficio.

Asignación Familiar Retroactivo considera el derecho a recibir el beneficio en un plazo que no debe superar los 5 años.

Firma Causante		
_____		
Fecha: Día	Mes	Año

Firma Beneficiario		
_____		
Fecha: Día	Mes	Año