

Fecha solicitud		

Día Mes Año

## ANEXO 5 SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE ASIGNACIÓN FAMILIAR

Póliza N°:

**IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO:**

Apellido Paterno                                      Apellido Materno                                      Nombres

		.			.			-	
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--

Rut

--	--	--	--	--	--	--

Domicilio: Calle                                      N°                                      Dpto.                                      Comuna                                      Ciudad                                      Región                                      Correo Electrónico

**IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (Sólo si es distinto del beneficiario)**

Apellido Paterno                                      Apellido Materno                                      Nombres

		.			.			-	
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--

Rut

--	--	--	--	--	--	--

Domicilio: Calle                                      N°                                      Dpto.                                      Comuna                                      Ciudad                                      Región                                      Correo Electrónico

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Rut	Cód.Causa Extinción(1)	Fecha Extinción Autorizada(*)
			. -		
			. -		
			. -		
			. -		
			. -		

(1) Código Causa Extinción: ver recuadro al reverso de formulario

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

**Identificación del empleador (sólo en caso de trabajadores afiliados al INP o CCAF):**

--	--

Nombre o Razón Social

Rut:

\_\_\_\_\_  
Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma, Fecha y Timbre de Recepción AuguStar Seguros

## CODIGOS DE CAUSAL DE EXTINCIÓN DE UN CAUSANTE

### (1) Reverso Anexo N°5

Código	Causal de Extinción de una 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 o 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 a 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