|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ASIGNACIÓN FAMILIAR Y MATERNAL**  **SOLICITUD DE EXTINSIÓN**  (Formulario de uso exclusivo en periodo de Emergencia Sanitaria)  *Revise los códigos de llenado en la página 2.* | CÓDIGO TIPO DE BENEFICIARIO | | |
|  | | |
| FECHA | | |
| dd | mm | aaaa |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO** | | | | | |  | | | | |
| RUT | APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRES | |
| - |  | | | |  | | | |  | |
| DOMICILIO / CALLE | | N° / DEPTO. | | COMUNA | | | CIUDAD | | | REGIÓN |
|  | | / | |  | | |  | | |  |
| TELÉFONO | | | TELÉFONO CELULAR | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | |  | | | | |
| RUT | APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRES | |
| - |  | | | |  | | | |  | |
| DOMICILIO / CALLE | | N° / DEPTO. | | COMUNA | | | CIUDAD | | | REGIÓN |
|  | | / | |  | | |  | | |  |
| TELÉFONO | | | TELÉFONO CELULAR | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL CAUSANTE QUE SE SOLICITA EXTINGUIR** | | | | | | | |
| RUT | DV | APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES | | CÓDIGO CAUSA DE EXTINCIÓN (1) | FECHA DE INICIO  BENEFICIO SOLICITADO | | |
| DÍA | MES | AÑO |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| (1) CÓDIGO DE EXTINCIÓN: VER CUADRO | | | (\*) 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 |
|  | - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COD** | **CÓDIGO CAUSAL DE EXTINCIÓN DE UN CAUSANTE** | **COD** | **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 limite 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 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 |