Renta NACIONAL

ANEXO N°5
SOLICITUD DE EXTINCION DE ASIGNACION FAMILIAR

FECHA DE LA SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

CODIGO TIPO BENEFICIARIO (*)

IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO:

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

DOMICILIO: CALLE | N° | DEPTO. | COMUNA | CIUDAD | REGION | CORREO ELECTRONICO

IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE (Sólo si es distinto del beneficiario):

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

DOMICILIO: CALLE | N° | DEPTO. | COMUNA | CIUDAD | REGION | CORREO ELECTRONICO

IDENTIFICACION DE CAUSANTES QUE SE SOLICITA EXTINGUIR:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	R U N	CODIGO CAUSA DE EXTINCION (1)	FECHA EXTINCION AUTORIZADA (*)		
					DIA	MES	AÑO

(1) CODIGO CAUSA DE EXTINCION: VER CUADRO AL REVERSO DEL FORMULARIO.

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

IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR (Sólo en caso de trabajadores afiliado al INP o CCAF):

NOMBRE O RAZON SOCIAL | RUT

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA, FECHA Y TIMBRE RECEPCION ENTIDAD ADMINISTRADORA