

SOLICITUD DE PRESTACIONES ADICIONALES PENSIONADOS

(IMPORTANTE: PLAZO MÁXIMO DE PRESTACIÓN 120 DÍAS CORRIDOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO QUE GENERA EL BENEFICIO SOLICITADO)

I. Identificación Pensionado(a) Afiliado(a)

Rut										Primer Apellido					Segundo Apellido									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Nombre										Dirección										Comuna				
<input type="text"/>										<input type="text"/>										<input type="text"/>				
Teléfono Contacto										Correo Electrónico														
<input type="text"/>										<input type="text"/>														
Fecha de Afiliación / Uso Exclusivo de Caja 18																								
<input type="text"/>																								

II. Identificación de quién provoca la condición que da origen al beneficio (CAUSANTE)

Rut Afiliado(a)										Nombre										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer Apellido										Segundo Apellido										
<input type="text"/>										<input type="text"/>										

III. Identificación de quién solicita el Bono de Defunción Pensionado

Rut Afiliado(a)										Primer Apellido					Segundo Apellido					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre										Parentesco con el Afiliado(a)										
<input type="text"/>										<input type="text"/>										
Fecha Ocurrencia del Acontecimiento																				
<input type="text"/>										<input type="text"/>										

IV. Identificación de la prestación adicional solicitada (Marcar con una X en el recuadro que corresponda

(Detalle de requisitos y antecedentes a presentar al reverso de la presente solicitud)

Matrimonio

Acuerdo de Unión Civil

Defunción Pensionado

Defunción Cónyuge o Conviviente Civil

Aniversario Bodas de Plata

Aniversario Bodas de Oro

Aniversario Bodas de diamante

:Faculto irrevocablemente a Caja 18 para pagar el monto correspondiente a la Prestación Adicional solicitada a través de este instrumento, mediante transferencia electrónica realizada a la cuenta bancaria informada en el Mandato Único para Depósito Electrónico de Prestaciones y Beneficios, previamente suscrito por mí.

Por medio de la presente, declaro que los datos personales proporcionados mediante este formulario y sus anexos son exactos, actuales y completos y, en conformidad con lo dispuesto en la Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, otorgo mi consentimiento expreso para que la Caja de Compensación de Asignación Familiar 18 de Septiembre pueda llevar a cabo el tratamiento de dichos datos, con las finalidades que se establecen en las políticas de Privacidad de la Caja 18, y para efectos de otorgar, entre otras cosas, todas las prestaciones de seguridad social que esta última pone a disposición de sus afiliados, como también para el envío de comunicaciones de cualquier naturaleza, incluyendo la comunicación de estos datos a terceros, en cuyo caso se dará estricta observancia a la legislación vigente en estas materias.

:En conformidad con lo anterior, al marcar la casilla, declaro haber leído y aceptar expresamente las Políticas de Privacidad de la Caja de Compensación de Asignación Familiar 18 de Septiembre, a cuya copia física tuve acceso y que forma parte integral de esta solicitud.

Firma y timbre recepción Caja 18

Firma afiliado(a) pensionado(a) o mandatario(a)

OBSERVACIÓN: Mandatario debe presentar poder notarial, pudiendo utilizar el formulario disponible en www.caja18.cl



Instrucciones:

- 1.- Uso de la solicitud: El presente documento tiene por objeto solicitar cualquiera de las prestaciones adicionales indicadas en el punto IV del presente instrumento, las cuales forman parte del Programa Anual de Prestaciones Adicionales de Caja 18 para afiliados pensionados y/o los beneficiarios, según corresponda.
- 2.- ¿Quién debe firmarlo?: Para su correcta presentación, la solicitud debe venir firmada por el afiliado(a) pensionado(a). En el caso de la solicitud de Prestación Adicional BONO DE FALLECIMIENTO PENSIONADO Afiliado, debe ser firmada por el beneficiario que reclama el pago del bono.
- 3.- ¿Dónde y cómo debe ser presentada?: Una vez completados todos los campos, debe ser presentada en cualquier sucursal de Caja 18, junto con los documentos correspondientes a la prestación adicional solicitada, indicados al reverso del presente instrumento.

Requisitos Y Documentos De Postulación:

Bono de Matrimonio o Acuerdo de Unión Civil:

- 1) Certificado de Matrimonio o Acuerdo de Unión Civil, en original otorgado por el Servicio de Registro Civil.
- 2) Fotocopia de Cédula de Identidad de pensionado(a) afiliado(a).
- 3) Tener como mínimo 12 meses continuos de afiliación en Caja 18.

Bono de Defunción Afiliado Pensionado:

- 1) Certificado de defunción, en original, otorgado por el Servicio de Registro Civil.
- 2) Fotocopia de Cédula de Identidad vigente de quién solicita y cobra el beneficio.
- 3) Tener como mínimo 12 meses continuos de afiliación en Caja 18.
- 4) Certificado emitido por el registro civil, que acredite el parentesco, según tipo de beneficiario, con el trabajador fallecido.

Son Beneficiarios De Bono De Defunción Afiliado Pensionado:

- 1) Cónyuge sobreviviente.
- 2) Hijos (Cualquiera de ellos que sea mayor de 18 años). Tratándose de hijos menores de 18 años, podrán cobrar el bono actuando representados por su respectivo padre, madre, tutor o quien tenga a cargo el cuidado del menor.
- 4) Padres (Papá o mamá) sobreviviente.

El Bono sólo se pagará a la primera persona de los beneficiarios que presente la solicitud con los antecedentes completos, extinguiéndose el beneficio para todos los demás.

Bono de Defunción Cónyuge o Conviviente Civil Pensionado:

- 1) Certificado de defunción del Cónyuge o Conviviente Civil, en original, emitido por el Servicio de Registro Civil.
- 2) Certificado de matrimonio o Acuerdo de Unión Civil, en original otorgado por el Servicio de Registro Civil.
- 3) Fotocopia de Cédula de Identidad vigente del pensionado afiliado(a).
- 4) Tener como mínimo 12 meses continuos de afiliación en Caja 18.

Bono de Aniversario de Matrimonio:

Bodas de Plata (25 años de matrimonio);

Bodas de Oro (50 años de matrimonio);

Bodas de Diamante (60 años de matrimonio).

- 1) Certificado de matrimonio, en original, otorgado por el Servicio de Registro Civil.
- 2) Fotocopia de Cédula de Identidad del pensionado afiliado(a).
- 3) Tener como mínimo 12 meses continuos de afiliación en Caja 18.

Todas las solicitudes a Bonos deben cumplir los requisitos estipulados en el artículo N° 7 y el artículo N° 16 del Reglamento del Régimen de Prestaciones Adicionales de Caja 18.