

## SOLICITUD PRESTACIONES ADICIONALES TRABAJADOR

(IMPORTANTE: PLAZO MÁXIMO DE PRESENTACIÓN 90 DÍAS CORRIDOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO QUE GENERA EL BENEFICIO SOLICITADO)

### Identificación de la Empresa Afiliada

Rut Empresa	Razón Social Empresa
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Identificación Trabajador Afiliado (a) o del Beneficiario (a) que solicita Bono de Defunción Afiliado(a) Trabajador

Rut Trabajador o BENEFICIARIO BONO DEFUNCIÓN TRABAJADOR	Primer Apellido	Segundo Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres	Dirección	Comuna
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Identificación de quién provoca la condición que da origen al beneficio (causante)

Rut	Primer Apellido	Segundo Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres	Parentesco con el afiliado (a)	Fecha del acontecimiento que genere prestación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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)

<input type="checkbox"/> Nacimiento	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Acuerdo de Unión Civil
<input type="checkbox"/> Defunción Carga Cónyuge	<input type="checkbox"/> Defunción Carga	<input type="checkbox"/> Defunción Trabajador

: 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.

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre recepción Caja 18

\_\_\_\_\_  
Firma afiliado trabajador

### SECCIÓN PODER PARA COBRO (Uso exclusivo notaria)

Autorizo la firma del afiliado(a) don(a): \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ trabajador de la empresa \_\_\_\_\_. Que, por este acto, viene en conferir mandato especial, pero tan amplio y suficiente como en derecho se requiera, a don(ña) \_\_\_\_\_ cédula de identidad N° \_\_\_\_\_. Para que en su nombre y representación retire, cobre y perciba, cheques, vales vista, correspondiente a Prestación Adicional de \_\_\_\_\_, ante CCAF 18 de Septiembre, a nombre de la mandante. La mandataria referida en uso de este poder estará facultada para cobrar, retirar, percibir sus valores, ya sea por los pagos, asimismo, podrá solicitar, tramitar, retirar y firmar toda la documentación que se le exija, como si lo hiciera la mandante personalmente, sin límite de facultades, que le impidan el eficaz cumplimiento de su cometido

\_\_\_\_\_  
Autorización Notarial

\_\_\_\_\_  
Firma y huella dactilar afiliado

#### Instrucciones:

- 1.- USO DEL FORMULARIO: El presente formulario es para solicitar beneficio correspondiente a lo señalado en el Programa Anual de Prestaciones Adicionales de CAJA 18 para afiliados trabajadores o los beneficiarios, según corresponda.
- 2.- QUIENES DEBEN FIRMARLO: Para su correcta presentación, este debe venir firmado por el afiliado trabajador y presentar junto con los documentos correspondientes. En el caso del Bono de Fallecimiento Trabajador la solicitud debe firmarla el beneficiario que solicita el pago de este y adjuntar los documentos requeridos.
- 3.- DONDE PRESENTARLO: La solicitud completa en los recuadros que se necesiten, junto con los documentos correspondientes debe ser presentada en cualquier sucursal de Caja 18.

## Requisitos Y Documentos De Postulación:

### Bono de Nacimiento:

- 1) Tener calidad de afiliado trabajador vigente al momento de solicitar el beneficio. Contar con registro y autorización como carga familiar por Caja 18, del hijo (a) nacido o adoptado legalmente.
- 2) Certificado de nacimiento, emitido por el servicio de registro civil o copia de la sentencia del tribunal, en caso de adopción.
- 3) Fotocopia de Cédula de Identidad vigente del afiliado.

### Bono de Matrimonio

- 1) Certificado de matrimonio, emitido por el servicio de registro civil.
- 2) Fotocopia de Cédula de Identidad vigente del afiliado(a).

### Bono de Acuerdo de Unión Civil

- 1) Certificado de acuerdo de unión civil, emitido por el servicio de registro civil.
- 2) Fotocopia de Cédula de Identidad vigente del afiliado(a)

### Bono de Defunción Carga Cónyuge Trabajador

- 1) Certificado de defunción, emitido por el servicio de registro civil.
- 2) Fotocopia de Cédula de Identidad vigente del afiliado(a) trabajador

### Bono de Defunción Carga Familiar Trabajador

- 1) Certificado de defunción, emitido por el servicio de registro civil.
- 2) Fotocopia de Cédula de Identidad vigente del afiliado(a) trabajador.

### Bono de Defunción Trabajador

- 1) Certificado de defunción, emitido por el servicio de registro civil.
- 2) Fotocopia del C.I. vigente del beneficiario que solicita el bono.
- 3) 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 Trabajador:

- 1- Cónyuge sobreviviente
- 2- Hijos (cualquiera de ellos que sea mayor de 18 años)
- 3- 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.

### Importante:

En todos los casos el trabajador debe contar con la condición de afiliado vigente. En aquellos beneficios que se relacionan con cargas familiares, como Bono de Nacimiento, Bono de Fallecimiento de Carga y Bono de Fallecimiento de Carga Cónyuge; la carga familiar debe estar autorizada y vigente en CAJA 18 al momento de la ocurrencia del hecho.

En el caso del Bono de Fallecimiento de Trabajador, la solicitud debe venir firmada por solicitante beneficiario (a) según definición en reglamento de prestaciones adicionales para trabajadores.