

DIA	MES	AÑO

SOLICITUD DE DEVOLUCION DE PAGOS EN EXCESO



I. ANTECEDENTES DEL AFILIADO O EMPLEADOR

Nombre Afiliado o Razón Social Empleador	
RUT Afiliado o Empleador	Teléfono
Dirección	Ciudad
E-mail	Tipo de <input type="checkbox"/> A. Afiliado <input type="checkbox"/> B. Empleador

II. IDENTIFICACIÓN DEL PAGO EN EXCESO

Períodos Solicitados

MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO
MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO	MES	AÑO

Fundamentación de solicitud de devolución de fondos:

ORIGINAL AFP

III. IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

<input type="checkbox"/> 1. Contrato de Trabajo	<input type="checkbox"/> 4. Formulario de pago de cotizaciones previsionales	<input type="checkbox"/> 6. Otros _____
<input type="checkbox"/> 2. Finiquito del contrato de trabajo	<input type="checkbox"/> 5. Declaración jurada	_____
<input type="checkbox"/> 3. Liquidaciones de sueldo		_____

IV. FORMA DE PAGO

<input checked="" type="checkbox"/> Correo Postal

V. ANTECEDENTES GENERALES

_____ Firma Afiliado o Empleador	_____ Nombre y Firma Responsable AFP	_____ Timbre de Recepción
-------------------------------------	---	------------------------------