

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										

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
----------------------------	--------------------------------	---------------------