

**SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN
DE PAGOS EN EXCESO**

Fecha

TIPO DE SOLICITANTE

☐ Afiliado

☐ Empleador

ANTECEDENTES

Nombre completo o Razón Social

RUT

Dirección

Comuna

Teléfono

Correo electrónico

IDENTIFICACIÓN DEL PAGO EN EXCESO

(Explique claramente las razones por las que solicita la devolución)

Campaña de recuperación rezagos PEX

Periodos solicitados (mes/año)

DOCUMENTOS DE RESPALDO

(Marque los documentos que adjunta a la solicitud)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Contrato de trabajo

Finiquito

Liquidaciones de sueldo

Liquidaciones de pensión

Planillas de Pago de Cotizaciones

Otros

Detallar:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Maestro de Licencias

Declaración Jurada

Meses

Meses

Meses

DECLARACIÓN FORMA DE PAGO

Banco

Tipo de Cuenta

Número de Cuenta

Los datos de la cuenta bancaria son correctos y tomo conocimiento que en caso de que el Banco rechace por algún motivo el depósito, la AFP generará un Vale Vista el día hábil siguiente a la fecha de rechazo del Banco.

FIRMA SOLICITANTE