

**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)

Contrato de trabajo

Maestro de Licencias

Finiquito

Declaración Jurada

Liquidaciones de sueldo

Meses

Liquidaciones de pensión

Meses

Planillas de Pago de Cotizaciones

Meses

Otros

Detallar:

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