

**FORMULARIO DE ANTECEDENTES PARA
SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE COTIZACIÓN EN EXCESO**

Folio N° _____

Sucursal Receptora

Fecha Recepción

DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO

(Este formulario se debe entregar de manera presencial en una sucursal del Instituto de Seguridad Laboral)

I. IDENTIFIQUE AL/LA TRABAJADOR/A QUE SOLICITA DEVOLVER LO COTIZADO EN EXCESO:

Nombre del solicitante (beneficiario)*	
RUN del solicitante (beneficiario)*	
Apoderado o representante legal que solicita la devolución*	
RUN Solicitante (apoderado o R. Legal)*	
Domicilio solicitante (beneficiario)*	
Ciudad	
Región	
Teléfono Contacto 1*	
Teléfono Contacto 2	
Correo Electrónico *	

* Son datos Obligatorios

II. IDENTIFIQUE LA OPCION DE PAGO A CONSIDERAR, EN CASO QUE LA DEVOLUCIÓN SEA APROBADA*:**

Nombres y Apellidos del solicitante (**)			RUN
Cta. Cte. N°		Banco	
Cta. Ahorro N°		Banco	
Cta. Vista N°		Banco	
Cta. RUT N°		Banco	
Vale Vista		Banco	
Cheque		Banco	
Pago presencial		Banco	

(**) El solicitante debe ser el Trabajador Independiente, representante legal o apoderado.

El interesado del cobro acepta que el monto del pago sea abonado a la opción de pago que ha señalado anteriormente. El pago será cursado si cumple con los requisitos para la devolución y habiéndose aprobado la solicitud.

(**) En caso de contar con cuenta corriente para el depósito, la cuenta del empleador o del apoderado debe ser nominativa.

(***) La suscripción de este formulario, optando por el pago a través de un depósito, autoriza a esta institución para efectuar el pago por cotizaciones pagadas en exceso o erróneamente en la cuenta que se indique.

III. EN CASO DE SELECCIONAR LA OPCIÓN GIRO DE UN CHEQUE O VALE VISTA, ÉSTE SERÁ ENTREGADO:

Cualquier Sucursal del BancoEstado	
------------------------------------	--

IV. CAUSA DE LA COTIZACIÓN EN EXCESO O ERRÓNEA

1) Cotización en exceso

CAUSALES	SI	NO
Error en la tasa de cotización adicional diferenciada		
Cotización por remuneración mayor al tope imponible		
Licencia médica		
Renta imponible mayor a la que correspondía		
Dictamen de la de la Superintendencia de Seguridad Social		
Otra:		

2) Cotización errónea

CAUSALES	SI	NO
Cotización pagada en un mes por el cual no se cotizó para AFP y salud común (ISAPRE o FONASA)		
Trabajador independiente voluntario no afiliado a ningún Organismo Administrador de la Ley N° 16.744		
Doble pago de cotización		

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS (si esa entidad incluye documentos no especificados en el siguiente listado como necesarios para la tramitación de la solicitud, incorporarlos)

Carta de solicitud	
Planillas de declaración y pago de cotizaciones	
Copia de cédula de identidad del solicitante	
Poder	
Certificado de cotizaciones de ISAPRE o FONASA	
Certificado de cotizaciones en AFP	
Registro como cotizante voluntario	
Copia de licencia médica	
Otros:	

Para dar tramitación a su solicitud, se le solicita acompañar, a lo menos, los siguientes antecedentes:

**Firma, timbre y nombre
del funcionario responsable**

N° C.I./RUN _____
Firma y nombre del solicitante