



## SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE COTIZACIONES PAGADAS EN EXCESO

El que suscribe solicita a ISAPRE FUNDACION, proceda a efectuar el cálculo de posibles Excesos de Cotización, por los siguientes periodos:

Desde..... Hasta.....

Además autorizo que dichos montos se utilicen para cancelar:

Cotizaciones de Salud Impagas

Préstamos de Salud Vigentes

De mantenerse un saldo a mi favor o no existir deudas pendientes, solicito se me restituya de acuerdo a la normativa legal y administrativa vigente.

Nombre Afiliado(a):.....R.U.T.:.....

Domicilio:.....Comuna:.....Ciudad:.....

Fono:.....Despacho Domicilio:.....Retira en Isapre:.....

\_\_\_\_\_  
Firma Afiliado

\_\_\_\_\_  
Fecha Recepción  
Unidad Cotizaciones