

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES EN EXCESO - AFILIADOS

Fecha :

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO (obligatorio)

Nombres y Apellidos del Afiliado	Doc. Identidad		N° de CUISPP
	Tipo ¹	N°	

2. DATOS DE HEREDEROS (sólo si el afiliado ha fallecido):

N°	Nombres y Apellidos	Doc. Identidad	
		Tipo ¹	N°
1			
2			
3			
4			

3. DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (marca con aspa sólo uno):

AFILIADO :

HEREDERO :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Avenida(Av.)/ Calle (Cl) / Pasaje (Pj.)/ Jirón (Jr.)	Nro./Dpto./Intr.	Urbanización
Distrito	Provincia	Departamento
Referencia Domiciliaria :		

4. DETALLE DE LA DEVOLUCIÓN DE APORTES POR EXCESO :

Periodo de Devengue sobre el que solicita la devolución (mm/aaaa)	Monto Pagado por Exceso (En nuevos soles)	
	Fondo de Pensiones (Nominal) ²	Administradora ³

5. SITUACIÓN DEL AFILIADO

a. Jubilado	<input type="checkbox"/>	c. Fallecido	<input type="checkbox"/>
b. Mayor de 65 años (no jubilado)	<input type="checkbox"/>	d. Otros	<input type="checkbox"/>

6. MODALIDAD DE DEVOLUCION

- a. Depósito en cuenta
- Tipo de Cuenta _____
- N° de Cuenta _____
- Banco _____
- b. Giro de cheque
- Agencia donde recaba cheque _____

7. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

a. Copia del documento de identidad del Afiliado	<input type="checkbox"/>
b. Copia del documento de identidad del Heredero	<input type="checkbox"/>
c. Otros	<input type="checkbox"/>

(1) Tipo de documento de identidad

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 00 D.N.I / L.E. | 03 Libreta del Adolescente Trabajador |
| 01 Carnet de Extranjería | 04 Pasaporte |
| 02 Carnet de Ident. Policial o Militar | |

(2) Valor nominal referencial a cancelarse al Valor Cuota del día de la devolución

(3) A los afiliados que han cumplido la edad de jubilación y aún no han iniciado el trámite respectivo, se les devolverá únicamente las primas de seguro.

 Firma del Solicitante