



FECHA		
DIA	MES	AÑO

**I. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		—	
DIRECCION-CALLE			DEPTO. N°		COMUNA		CIUDAD
REGION		NACIONALIDAD			TELEFONO		

**II. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR (SE REFIERE AL ACTUAL O ULTIMO EMPLEADOR)**

RAZON SOCIAL O APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		R.U.T. o C.I.	
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DIRECCION-CALLE			DEPTO. N°		
COMUNA		CIUDAD		REGION		TELEFONO	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL						R.U.T. o C.I.	

**III. IDENTIFICACION DEL MANDATARIO**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		R.U.T. o C.I.	
DIRECCION-CALLE			DEPTO N°		COMUNA		REGION TELEFONO

**IV. DEVOLUCION DE FONDOS PREVISIONALES (PERIODO COTIZADO SEGUN EMPLEADOR QUE EFECTUO EL PAGO PREVISIONAL)**

		PERIODO DESDE			PERIODO HASTA		
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
—							
—							
—							
—							
—							

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON EXPRESION FIEL DE LA REALIDAD.

DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO QUE AL HACER USO DEL DERECHO A RETIRAR LAS COTIZACIONES PREVISIONALES EN CONFORMIDAD A LA LEY 18.156, PIERDO EL DERECHO AL BONO DE RECONOCIMIENTO ( OFICIO J-03711 DE FECHA 21. 04. 1993 DE LAS. A.F.P.)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE O MANDATARIO

ORIGINAL: ADMINISTRADORA

**V. USO AGENCIA**

FIRMA Y TIMBRE AFP CAPITAL S.A.	
	COD. SAFP
	CODIGO

**VI. USO FISCALIA**

APROBADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO		
FIRMA					
NOMBRE RESPONSABLE			CARGO		



FECHA		
DIA	MES	AÑO

**I. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		—	
DIRECCION-CALLE			DEPTO. N°		COMUNA		CIUDAD
REGION		NACIONALIDAD			TELEFONO		

**II. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR (SE REFIERE AL ACTUAL O ULTIMO EMPLEADOR)**

RAZON SOCIAL O APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		R.U.T. o C.I.	
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DIRECCION-CALLE			DEPTO. N°		
COMUNA		CIUDAD		REGION		TELEFONO	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL						R.U.T. o C.I.	

**III. IDENTIFICACION DEL MANDATARIO**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		R.U.T. o C.I.	
DIRECCION-CALLE			DEPTO N°		COMUNA		REGION TELEFONO

**IV. DEVOLUCION DE FONDOS PREVISIONALES (PERIODO COTIZADO SEGUN EMPLEADOR QUE EFECTUO EL PAGO PREVISIONAL)**

		PERIODO DESDE			PERIODO HASTA		
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
—							
—							
—							
—							
—							

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON EXPRESION FIEL DE LA REALIDAD.

DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO QUE AL HACER USO DEL DERECHO A RETIRAR LAS COTIZACIONES PREVISIONALES EN CONFORMIDAD A LA LEY 18.156, PIERDO EL DERECHO AL BONO DE RECONOCIMIENTO ( OFICIO J-03711 DE FECHA 21. 04. 1993 DE LAS. A.F.P.)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE O MANDATARIO

2ª COPIA: AGENCIA

**V. USO AGENCIA**

_____ FIRMA Y TIMBRE AFP CAPITAL S.A.	
COD. SAFP	
CODIGO	

**VI. USO FISCALIA**

APROBADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO		
_____ FIRMA					
NOMBRE RESPONSABLE			CARGO		



FECHA		
DIA	MES	AÑO

**I. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
DIRECCION-CALLE			DEPTO. N°		COMUNA		CIUDAD
REGION		NACIONALIDAD			TELEFONO		

**II. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR (SE REFIERE AL ACTUAL O ULTIMO EMPLEADOR)**

RAZON SOCIAL O APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		R.U.T. o C.I.	
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DIRECCION-CALLE			DEPTO. N°			
COMUNA		CIUDAD	REGION		TELEFONO		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL						R.U.T. o C.I.	

**III. IDENTIFICACION DEL MANDATARIO**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		R.U.T. o C.I.	
DIRECCION-CALLE			DEPTO N°		COMUNA	REGION	TELEFONO

**IV. DEVOLUCION DE FONDOS PREVISIONALES (PERIODO COTIZADO SEGUN EMPLEADOR QUE EFECTUO EL PAGO PREVISIONAL)**

		PERIODO DESDE			PERIODO HASTA		
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON EXPRESION FIEL DE LA REALIDAD.

DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO QUE AL HACER USO DEL DERECHO A RETIRAR LAS COTIZACIONES PREVISIONALES EN CONFORMIDAD A LA LEY 18.156, PIERDO EL DERECHO AL BONO DE RECONOCIMIENTO ( OFICIO J-03711 DE FECHA 21. 04. 1993 DE LAS. A.F.P.)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE O MANDATARIO

1ª COPIA: AFILIADO

**V. USO AGENCIA**

FIRMA Y TIMBRE AFP CAPITAL S.A.	
	COD. SAFP
	CODIGO

**VI. USO FISCALIA**

APROBADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO		
FIRMA					
NOMBRE RESPONSABLE			CARGO		