



# FORMULARIO ÚNICO PARA LA RECUPERACIÓN DE FONDOS MAL ENTERADOS EN ISAPRE



Dirección Regional:

Folio N°:

Fecha:

## 1.- Datos del cotizante

1.1 - Nombres

1.2 - Apellidos

1.3 - R.U.T

1.4 - Teléfono

1.5 - Correo electrónico

1.6 - Dirección

1.7 - Trabajador Activo  Pasivo

## 2.- Datos del empleador

2.1 - R.U.T

2.2 - Razón Social

2.3 - Teléfono

## 3.- Dirección del empleador

3.1 - Calle y número

3.2 - Comuna

3.3 - Ciudad

3.4 - Región

## 4.- Institución

4.1 - Nombre

4.2 - R.U.T

4.3 - Desafiliación Mes  Año

## 5.- Períodos de cotizaciones mal enteradas en isapre

	5.1 Mes / Año	5.2 - Remuneración imponible	5.3 - Monto de Cotización
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*\*Si el número de períodos informados es mayor a 8, adjunte hojas de detalle necesarias\*\*

FIRMA COTIZANTE \_\_\_\_\_

## 6.- Datos de uso interno

6.1 - Fecha

6.2 - Sucursal

6.3 - Región

6.4 - R.U.T Func.

6.5 - V°B° Func.

TIMBRE SUCURSAL \_\_\_\_\_