gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de Devolución de Cantidades Enteradas sin Justificación Legal Seguros RCV

Homoclave del trámite	Número de solicitud
IMSS-02-085-B	Se llena por personal de la Subdelegación
Homoclave del formato	**Fecha de solicitud del trámite**
FF-IMSS-016	Se llena por personal de la Subdelegación DD / MM / AAAA

Datos del Patrón

OOAD:	Subdelegación:
Registro patronal:	RFC:
Nombre, denominación o razón social:	
Telefóno fijo (número):	Área geográfica: A B C

Domicilio

Código postal:

Calle:

(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)

Número exterior:	Número interior:

Colonia:

(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)

Localidad:

Municipio o Alcaldía:

Estado:

Datos del pago

Periodo:	Folio SUA:	Fecha de pago:

Solicito la devolución por la cantidad de: $

Importe con letra:

Por concepto de (explicar motivo de la solicitud)

Documentación probatoria

Adjunte a la presente originales y copias de los mismos, una vez cotejados se devolverán los originales.

Estoy enterado (a) y conforme en que la devolución solicitada, en caso de proceder, se realizará en la forma y términos que establezcan las disposiciones legales y reglamentarias respectivas emitidas por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).

Nombre y firma de la persona solicitante o su representante legal

GOBIERNO DE MÉXICO

IMSS

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600, CDMX
Tel. 800 623 23 23
http://www.imss.gob.mx/contacto