

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de Devolución de Cantidades Enteradas sin Justificación Legal
Seguros RCV

Homoclave del trámite
IMSS-02-085-B
Homoclave del formato
FF-IMSS-016

Número de solicitud
Se llena por personal de la Subdelegación
Fecha de solicitud del trámite
Se llena por personal de la Subdelegación DD / MM / AAAA

Datos del Patrón		
Delegación:	Subdelegación:	
Registro patronal:	RFC:	
Nombre, denominación o razón social:		
Teléfono fijo (lada y número):	Área geográfica:	
	A	B C
Domicilio		
Código postal:		
Calle:		
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>		
Número exterior:	Número interior:	
Colonia:		
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>		
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 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 del solicitante o su representante legal