
 <small>FINANCIADORA DE PRIMAS, C.A. J-31057765-0</small>	<b>DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION</b>	 <small>FINANCIADORA DE PRIMAS, C.A. J-31057765-0</small>
	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE PAGO POR SOBRENTE Y/O DEPOSITO ERRADO</b>	

**Solicitud de Pago por Sobrante y/o Depósito Errado**

Por medio de la presente Yo, \_\_\_\_\_ titular de la cedula de identidad/Rif: \_\_\_\_\_ solicito a Medicredit Financiadora de Primas, C.A.

- Reintegro de sobrante por Bs. \_\_\_\_\_
- Reintegro por deposito errado Bs. \_\_\_\_\_
- Reintegro por rechazo de póliza por Bs. \_\_\_\_\_
- Traslado a Seguros Qualitas, C.A. por deposito errado de Bs.
- Reintegro por deposito duplicado (cuota descontada por domiciliación) Bs.

Generado por el pago de mi contrato de financiamiento numero \_\_\_\_\_, y/o para el pago de contado de la póliza N° \_\_\_\_\_.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

Solicitud que se expide a petición de la parte interesada el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Tomador y/o Intermediario**  
 Nro. Telefónico:  
 Nro. Celular:

**Huella Dactilar Tomador,  
Intermediario y/o  
Titular de la Póliza**

FOR-SPSDE-MDC-005