



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

YO, .....CON EL GRADO DE  
....., EN SITUACIÓN MILITAR DE RETIRO, IDENTIFICADO CON D.N.I  
..... NSA:....., CON DOMICILIO EN:

TELÉFONO/CELULAR: ....., TELÉFONO / CASA.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

AUTORIZO A LA CAMIP A EFECTUAR LOS DESCUENTOS SOBRE LA PENSIÓN MENSUAL QUE PERCIBO A TRAVEZ DE LA CAJA DE PENSIONES MILITAR – POLICIAL POR CONCEPTO DE LOS PLANES DE SALUD COMPLEMENTARIOS A LOS CUALES ME ENCUENTRO SUSCRITO:

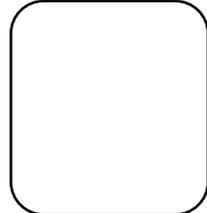
ASIMISMO, MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO DEJO CONSTANCIA QUE LA IAFAS – FOSFAP SERÁ LA ÚNICA RESPONSABLE DEL MONTO ENVIADO PARA DESCUENTO Y EFECTUADO POR LA CAJA DE PENSIONES MILITAR – POLICIAL SOBRE MI PENSIÓN, POR LO QUE CUALQUIER RECLAMO O CONSULTA LA REALIZARE ANTE LA IAFAS – FOSFAP.

Lima, ..... de ..... del 202.....

- 54-01 Aporte Padres (ONCOFAP/SALUD)
- 54-02 Deducibles por Atenciones Extra – FAP LIMA
- 54-05 Deducibles por Atenciones Extra – FAP PROVINCIA
- 54-08 Aporte (PLAN ONCOFAP)
- 54-09 APORTE (PLAN DE SALUD)
- 54-10 Deducibles atenciones de Padres (PLAN ONCOFAP)
- 54-11 Deducibles atenciones de conyugues e hijos (PLAN ONCOFAP)

.....  
Firma

D.N.I .....



Huella Digital