



## **FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL**

Yo.....  
grado.....instituto ..... identificado con  
CIP....., y DNI....., domiciliado en  
.....del distrito.....y provincia de  
....., con teléfono fijo.....y número de celular .....y  
correo electrónico.....

Autorizo a la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**, a efectuar descuentos por el concepto de **Aportes y Copagos**, sobre mí pensión mensual, la cual percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

De la misma manera declaro además tener conocimiento sobre **el orden de prelación establecido en los 5º y 6º del Decreto Supremo N° 010-2014-EF**.

La entidad considerará, en primer término, aquella que tuviera relación con la atención de las obligaciones asumidas por estos frente a los fondos de bienestar y, solo después, puede considerar las relacionadas con créditos otorgados por las entidades supervisadas y/o reguladas por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la entidad **IAFAS-FOSFAP** es el único responsable del monto del descuento enviado y ejecutado por la Caja de Pensiones Militar Policial, sobre mi pensión.

De presentarse consultas y/o no encontrarse conforme con los montos descontados y servicios prestados, estas deberán ser canalizadas directamente con la entidad **IAFAS-FOSFAP**.

NOTA: El plazo de vigencia de la presente autorización, se encuentra alineado en base al plazo consignado en el contrato/convenio o documento N° ....., suscrito entre la entidad y el pensionista.

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

**FIRMA DEL SOLICITANTE**  
**DNI N°**

Huella Digital