



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO PARA LA DIRECCIÓN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (DGEPPREV-MINDEF)

Mediante el presente documento, Yo _____, con DNI N° _____ y con CIP N° _____, actualmente en situación de retiro de: EP (_____) FAP(_____) MGP(_____), perteneciente al régimen: Militar (_____) Civil (_____) Otros (_____), con tipo de pensión: Titular (_____) Sobreviviente (_____), domiciliado en _____ Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____ Teléfono _____ y correo electrónico _____.

AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que han sido remitidos y registrados por la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

Crédito

Aporte¹

Cuota²

Otros³

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavín de Huantar	Otros (Indicar)
1							
2							
3							

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje de descuento disponible autorizados por ley.

Finalmente, dejo constancia que la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**, es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**.

DECLARACIÓN OPCIONAL:

Declaro que, de manera voluntaria, **SI () NO () ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, **SI () NO () AUTORIZO** a la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP** para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los _____ de _____ 20 _____

(FIRMA)

Post Firma: _____

Huella Digital

D.N.I (CE) : _____

Nota:

-ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.

-TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

¹ Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo establezca.

² Relacionado a una prestación de salud.

³ Cualquier otra obligación diferente a los antes señalados y en el marco de lo establecido por ley.