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 Nº 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 encontrase 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….

Huella Digital

FIRMA DEL SOLICITANTE
DNI N°