



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:

TELEFONO/CELULAR: , TELEFONO/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 MI SEGURO DE SALUD Y ONCOLÓGICO.

ASIMISMO, MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO DEJO CONSTANCIA QUE LA IAFAS-FOSFAP SERÁ LA UNICA 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 - FOSPAP.

Lima, de del 20

- 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 Deducible atenciones de Padres (PLAN ONCOFAP)
- 54-11 Deducible atenciones de conyugues e hijos (PLAN ONCOFAP)

.....
Firma

D.N.I.....



Huella Digital

Correo Electrónico: