



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A TRAVÉS DE LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo.....
Grado.....**FOSEPFAP** identificado con NSA.....
D.N.I.....Domiciliado en.....
..... Distrito..... Departamento
Teléfonos de contacto/...../
Correo electrónico.....

Autorizo al **Fondo de Sepelio de la FAP** efectuar descuentos sobre la pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

Declaro además tener conocimiento que La Caja podrá gravar hasta un 30% mi pensión por concepto del descuento autorizado y que (Nombre de la Entidad) es el único responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizaré ante **FOSEPFAP**.



Huella Digital

FIRMA

Lima de 202__