

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

Yo.....  
....., en Situación de.....Identificado con CIP.....  
D.N.I. (CE) .....Domiciliado en.....  
.....  
Distrito.....con teléfono.....

Autorizo a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a efectuar el descuento por concepto de Atenciones Médico-Farmacológicas, Hospitalarias y Dentales, brindada a mis familiares que se encuentran debidamente registrados por el suscrito en la Dirección de Administración de Personal, así como las aportaciones respectivas a los Planes médicos Onconaval y Segundo Capa, a través de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, sobre mi pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, será 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 a dicha entidad.

Bellavista, ..... de.....del 20....

FIRMA

D.N.I. (CE) .....

.....  
Huella Digital

