

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

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

Autorizo a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a efectuar el descuento por concepto de Prestaciones de Salud Extra-institucionales, así como las aportaciones respectivas a los Planes de salud Onconaval y Segundo Capa, sobre mi pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial, siendo los códigos de descuento autorizados los siguientes:

- 0001 PLAN ONCONAVAL
- 0002 PLAN SEGUNDA CAPA
- 0003 ATENCIONES EXTRAINSTITUCIONALES

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

