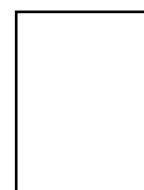


AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA
CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo.....
Grado.....Instituto.....
Identificado con NSA.....D.N.I.....
Domiciliado.....
Distrito.....Teléfono.....
Correo electrónico.....

Autorizo a **FONDO DE SEPELIO 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 FONDO DE SEPELIO FAP 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 el **FONDO DE SEPELIO FAP**



(HUELLA DIEGITAL)

Firma

Lima de 2020