



AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo, _____
Grado _____ Instituto _____ Identificado con CIP _____ DNI _____ domiciliado
en: _____ del distrito _____
Provi. _____ con teléfono fijo _____, numero de celular _____ y correo
electrónico _____

Autorizo a **ADOFAIP**, efectuar el descuento por concepto de cuota de Asociado sobre mi pensión mensual, la cual percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

De la misma declaro además tener conocimiento sobre **el orden de prelación establecido en los 5° y 6° del Decreto Supremo N° 010-2014-EF**.

La entidad considerara, en primer término, aquella que tuviera relación con la atención de las obligaciones asumidas por estos frente a los fondos de bienestar y, solo después, puede considerar las relacionadas con créditos otorgados por las entidades supervisadas y/o reguladas por la Superintendencia de Banca, seguros y AFP.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la entidad **ADOFAIP**, será la única responsable del monto de descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial sobre mi pensión.

De presentarse consultas y/o no encontrarse conforme con los montos descontados y servicios prestados, estas deberán ser canalizadas directamente con la entidad (**ADOFAIP**).

NOTA: El plazo de vigencia de la presente autorización, se encuentra alineado en base al plazo consignado en el contrato/convenio o documento N° _____, suscrito entre la entidad y el pensionista.

_____ de _____ 20____

FIRMA

DNI (CE) _____

Huella Digital

