

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO PARA LA DIRECCIÓN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (DGEPREV-MINDEF)

Mediante el presente documento, Yo _____, con DNI N° _____ y con CIP N° _____, actualmente en situación de retiro: EP (**X**) FAP () MGP (), perteneciente al régimen: Militar (**X**) Civil () Otros () con tipo de pensión: Titular (**X**) Sobreviviente (), domiciliado en _____ Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____ teléfono _____ y correo electrónico _____.

AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que serán remitidos y registrados por la AMUTSEP, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

Crédito Aporte¹ Cuota² Otros³

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavin de Huantar	Otros (Indicar)
1	8009	EP - AMUTSEP					

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje disponible autorizados por ley.

Finalmente, dejo constancia que la AMUTSEP, es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la AMUTSEP.

DECLARACIÓN OPCIONAL:

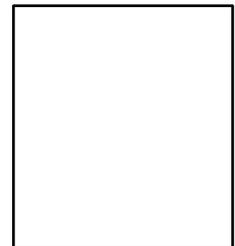
Declaro que, de manera voluntaria, **SI (X) NO () ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, **SI (X) NO () AUTORIZO** a la AMUTSEP para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la AMUTSEP.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los ____ de _____ 20____

Firma: _____

Post Firma: _____

DNI N° : _____



Huella Digital

Nota:

- ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI
- TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN

¹ Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo establezca

² Relacionado a una prestación de salud.

³ Cualquier otra obligación diferente a los antes señalados y en el marco de lo establecido por ley.

El suscrito deja expresa constancia que la presente carta de autorización, se efectúa conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del artículo 6 de las Normas Reglamentaria para que las Entidades Públicas se adecuen y realicen descuentos en la planilla única de pagos aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2014-EF.