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 de: EP (__) FAP(__) MGP(__), perteneciente al régimen: Militar (__) Civil (__) Otros (__) con tipo de pensión: Titular (__) 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 han sido remitidos y registrados por la Cooperativa de Ahorro y Crédito Promoción Tahuantinsuyo 1946 Ltda. ***en fechas anteriores a la suscripción del presente documento***, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

☐ Crédito ☐ Aporte[1] ☐ Cuota[2] ☐ Otros[3]

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. Chavín de Huántar	Otros (Indicar)
1	8810		S/				
2	8810		S/				
3	8810		S/				

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

Finalmente, dejo constancia que la Cooperativa de Ahorro y Crédito Promoción Tahuantinsuyo 1946 Ltda., 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 Cooperativa de Ahorro y Crédito Promoción Tahuantinsuyo 1946 Ltda.

DECLARACIÓN OPCIONAL:

Declaro que, de manera voluntaria, **SI ( ) 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 ( ) NO ( ) AUTORIZO** a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Promoción Tahuantinsuyo 1946 Ltda. 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 Cooperativa de Ahorro y Crédito Promoción Tahuantinsuyo 1946 Ltda.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los _____de ____20 _____

_____

(FIRMA)

Post Firma: _____

D.N.I (CE) : _____

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.