



COD. AFILIADO:

AUTORIZACION DE DESCUENTO

Lima,.....de..... 20.....

**SEÑOR GENERAL DE DIVISIÓN COMANDANTE GENERAL DEL
COMANDO DE PERSONAL DEL EJÉRCITO.**

Yo _____

Identificado con CIP N° _____ y DNI N° _____

Domiciliado en: _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Autorizo, para que procedan a descontar de mis haberes y/o pensiones los conceptos de Aportes mensuales que me corresponda pagar como socio a favor del **Fondo Solidario de Sepelio del Ejército (FOSSEP)**, conforme lo establece el Estatuto, Reglamentos Internos, Acuerdo y Disposiciones que emane el Directorio, asimismo autorizo a que dicha entidad presente ante el Departamento de Planillas y Declaración Telemática (COPERE), mi autorización de descuento.

En fe del presente documento, firmo como constancia de mi autorización.

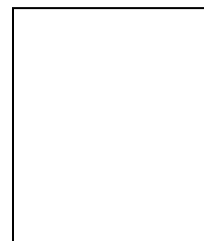
Atentamente,

FIRMA: _____

POST-FIRMA _____

GRADO Y ARMA: _____ SITUAC. _____

TELEFONO: _____



Huella digital
Índice Derecho

*EL LLENADO DE DATOS Y FIRMA DEL TITULAR DEBE SER CONFORME AL DNI

*ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI Y CIP DEL TITULAR Y FAMILIARES

TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

CLAUSULAS PARA EL CONOCIMIENTO DEL AFILIADO DEL FOSSEP

- El periodo de carencia (tiempo transcurrido para hacer uso del servicio) es de cuatro **(04) descuentos en la planilla** por muerte natural o enfermedad y un (01) descuento en la planilla por muerte accidental.
- Será motivo de desafiliación no aportar por tres meses consecutivos y/o cinco (05) meses discontinuos durante el año.
- Cuando el afiliado no hace uso de los servicios que brinda el FOSSEP podrá solicitar el reembolso, **dentro de los seis (06) meses posteriores al fallecimiento** del titular y/o familiar inscrito (de acuerdo a una escala aprobada por el directorio), para lo cual deberá presentar la factura a nombre del FOSSEP RUC 20537906589 y/o a nombre del titular.
- El Personal militar al pasar a la situación de retiro, deberá depositar el valor de su descuento a la **cuenta Nº 047-300063695-0** Interbank y enviar su voucher con sus datos personales al correo **fossep1@gmail.com** y/o a los números WSP 942078949 – 999851552; a fin de no perder su afiliación, hasta que el descuento se le pueda realizar por su planilla.
- Al fallecimiento del titular la viuda puede seguir aportando a la cuenta corriente del FOSSEP, hasta que cobre su pensión; de continuar los hijos inscritos deberán abonar a la cuenta corriente del FOSSEP.
- **Es responsabilidad del afiliado verificar su planilla** (para el adulto mayor deberá comunicar a un familiar directo a fin de que tome contacto con el FOSSEP).
- El FOSSEP no realiza traslados de féretros a nivel nacional y/o internacional, solo se le realizara un reembolso de acuerdo a la escala aprobada por el directorio.
- Las tarifas podrán ser reajustados de acuerdo al costo de los servicios funerarios y al estudio matemático actuarial, a fin de mantener la capacidad económica del Fondo.
- Los hijos mayores de 28 hasta los 64 años pagarán automáticamente una tarifa adicional y al cumplir 65 años pagaran otra tarifa.
- Personal que el FOSSEP le brindo **un servicio no se podrá desafiliarse** hasta cubrir el monto desembolsado por el FOSSEP.
- Personal que se desafilia voluntariamente del FOSSEP no podrán **reafiliarse**.
- La **afiliación de nuevos hijos no es automática**, el personal es responsable de inscribirlos al FOSSEP.
- El FOSSEP solo brindara los servicios al personal que el titular **halla inscrito en su ficha de afiliación**.
- El servicio de velatorio que brinda el FOSSEP es por 24 hrs.
- El FOSSEP al ser una entidad **sin fines de lucro de acuerdo al CODIGO CIVIL PERUANO ARTICULO 91**, no realizara la devolución de aportes.
- Es obligación del personal afiliado conocer el reglamento interno del FOSSEP, el mismo que se encuentra publicado en la página web (fossep.com.pe).



SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL FONDO SOLIDARIO DE SEPELIO DEL
EJÉRCITO DEL PERU-FOSSEP

De mi consideración:

Por el presente solicito a usted mi Admisión como Afiliado Titular del FOSSEP, y de los integrantes de mi familia que detallo en el presente documento.

Declaro mi afiliación voluntaria, identificándome con los fines y objetivos de apoyo solidario de los miembros de la institución, así como **me comprometo al cumplimiento de sus normas y Reglamento interno.**

MIS DATOS PERSONALES:

| | | |
|--|-----------------|----------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | | |
| GRADO: | ARMA: | ESTADO CIVIL: |
| CIP: | DNI: | UU: |
| SITUACIÓN: ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> RETIRO:ONP-MONTEPIO <input type="checkbox"/> CAJA-CPMP <input type="checkbox"/> | | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | | EDAD: |
| DOMICILIO ACTUAL: | | |
| TELEF. CASA: | CELULAR: | |
| CORREO ELECTRONICO: | | |

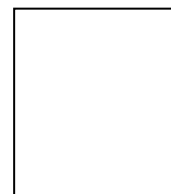
***DE MIS FAMILIARES:**

| *APELLIDOS Y NOMBRES | PARENTESCO | CIF | *DNI | EDAD | *FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AÑO |
|----------------------|------------|-----|------|------|--------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

FIRMA: _____

POST FIRMA: _____

LUGAR Y FECHA: _____,_____/_____/.....



**HUELLA DIGITAL
INDICE DERECHO**

*EL LLENADO DE DATOS Y FIRMA DEL TITULAR DEBE SER CONFORME AL DNI

*ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI Y CIP DEL TITULAR Y FAMILIARES

TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.