INPREUNAH

GPS-02 RL

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

SOLICITUD DE PAGO DE BENEFICIOS POR MEDIO DE REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL

Señor
Director Especialista de INPREUNAH
Su oficina.

Yo _____ con Identidad no. _____

con estado civil _____ en mi condición de _____

del Sr.(a)/ menor _____ con identidad no._____

Residente en: _____ / _____ /_____
Departamento Municipio Ciudad

_____ / _____ / _____
Colonia Calle/Avenida No. de Casa

_____/_____ / _____
Teléfono Fijo / Móvil Correo Electrónico

Compadezco ante Usted, solicitando se le haga efectiva la siguiente prestación:

- ◯ **Pensión por Vejez:**
  - ☐ Pensión Ordinaria por Vejez
  - ☐ Pensión Reducida por Vejez
- ◯ **Pensión por Invalidez**
- ◯ **Prestaciones por Sobrevivencia**
- ◯ **Auxilio Funerario**
- ◯ **Beneficio de Separación**
- ◯ **Beneficio Complementario ****
  - ☐ Beneficio Previsional Complementario
    - ___ Pensión Complementaria Ajustada
    - ___ Reintegro en Pago Único de las Cotizaciones
  - ☐ Pensión Equivalente Actuarial
  - ☐ Beneficio Reducido por Invalidez
  - ☐ Beneficio de Sobrevivencia

En caso de no corresponderme la prestación solicitada, acepto se me otorgue la prestación que por ley corresponda. Mediante la firma de la presente solicitud manifiesto que toda la información contenida en la misma, así como la documentación presentada se encuentra conforme a derecho y autorizo al INPREUNAH realice cuantas acciones considere pertinente para comprobar su veracidad, de igual forma aquellas que considere necesarias para establecer mi condición socioeconómica, de acuerdo a la naturaleza del beneficio solicitado.

Autorizo al INPREUNAH para realizar las notificaciones que pudieran corresponder al correo electrónico proporcionado y en su defecto la efectúe en la tabla de avisos. De ser otorgado el beneficio solicitado, autorizo al INPREUNAH para que se deduzca del mismo todas las cantidades que por concepto de deudas de mi persona o suscritas por el (la) causante estuviesen pendientes de pago.

** El Beneficio Complementario se regirá por lo determinado en la Ley de Reconocimiento de Cotizaciones Individuales y Aportaciones Patronales entre Instituto Públicos de Previsión Social

_____
Nombre del Causante (QDDG)
Para Prestaciones por Sobrevivencia/Auxilio Funerario/Beneficio de Separación

Observaciones: _____

Lugar y Fecha: _____

_____
Firma y Huella del Solicitante