

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

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

Señor
 Director Especialista de INPREUNAH
 Su oficina.

Yo _____ con Identificación no. _____
 con estado civil _____ en mi condición de _____
 del Sr.(a)/ menor _____ con identificación 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 Supervivencia

- Pensión por Viudez
- Pensión por Orfandad
- Pensión por Ascendencia
- Beneficio por Designación

Beneficio Previsional Complementario **

- Beneficio Previsional Complementario
- ___ Pensión Complementaria Ajustada
- ___ Reintegro en Pago Único de las Cotizaciones

- Pensión Equivalente Actuarial
- Beneficio Reducido por Invalidez
- Beneficio de Supervivencia

 Auxilio Funerario
 Beneficio de Separación

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 con 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 registrará 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 Supervivencia/Auxilio Funerario/Beneficio de Separación

Observaciones: _____

Lugar y Fecha: _____

 Firma y Huella del Solicitante