

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

SOLICITUD DE PAGO DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Señor(a)
 Director Especialista de INPREUNAH
 Su oficina.

Yo _____

con Identificación no. _____ de estado civil _____

Residente en: _____ / _____ / _____
 Departamento Municipio Ciudad

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

_____ / _____ / _____
 Teléfono Fijo / Móvil Correo Electrónico

Comparezco ante Usted, solicitando se me 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 Previsional Complementario se registrará por lo determinado en la Ley de Reconocimiento de Cotizaciones Individuales y Aportaciones Patronales entre Instituto Públicos de Previsión Social y su Reglamento.

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

Observaciones: _____

Lugar y Fecha: _____

 Firma y Huella del Solicitante