



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

**SELECCIÓN DE INSTITUTO ÚNICO PARA BENEFICIARIOS POR SOBREVIVENCIA  
POR MEDIO DE REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL**

Sres.  
INPREUNAH

Yo \_\_\_\_\_ con número de identificación  
\_\_\_\_\_, en calidad de apoderado / representante legal del señor(a)  
\_\_\_\_\_ con número de identificación  
\_\_\_\_\_, de acuerdo de la solicitud de Prestación por Supervivencia  
presentada con relación al causante \_\_\_\_\_ (QDDG),  
en virtud de lo establecido en el artículo 14 de la *Ley de Reconocimiento de Cotizaciones Individuales  
y Aportaciones Patronales entre Institutos Públicos de Previsión Social*, manifiesto lo siguiente:

*He decidido seleccionar al INPREUNAH como el Instituto Público de Previsión Social encargado de otorgarme la prestación por supervivencia que, conforme al marco legal vigente, me corresponda. Asimismo, renuncio expresamente a cualquier beneficio por supervivencia que pudiera ser otorgado por otro Instituto Público de Previsión Social, y declaro, bajo juramento, que a la fecha no he presentado solicitudes ni se me han otorgado beneficios por supervivencia en ningún otro Instituto Público de Previsión Social en relación con el causante antes mencionado.*

Para cualquier comunicación adicional, pueden contactarme al correo electrónico:  
\_\_\_\_\_ y al número de  
teléfono: \_\_\_\_\_.

Se extiende la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los  
\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma y Huella del Solicitante