



Apartado Postal # 15099  
Col. Kennedy, Tegucigalpa,  
Honduras

**SOLICITUD DE GASTOS FÚNEBRES**

Yo: \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con afiliación al **COPEMH** \_\_\_\_\_,  
con identidad \_\_\_\_\_.

**ORGANISMOS**

1. Asamblea  
General

2. Junta Directiva  
Central

3. Tribunal  
de Honor

4. Consejo  
Consultivo

5. Comité  
Administrativo  
del fondo del  
Autoseguro

6. Departamentales

7. Filiales

8. Directiva de  
Institutos

Por este medio solicito al Colegio de Profesores de Educación media de Honduras **COPEMH**, se me reembolse los Gastos Fúnebres efectuados por la muerte del profesor (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma Afiliado**

\_\_\_\_\_  
**Vo.Bo. Sria. Fondo Autoseguro**

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_