



Apartado Postal # 15099
Col. Kennedy, Tegucigalpa,
Honduras

SOLICITUD BENEFICIO DE SOBREVIVENCIA

**Señores Miembros del Consejo Administrativo del Fondo del
Autoseguro**

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

Yo _____ mayor de
edad, con numero de identidad _____ y con domicilio
en _____

comparezco ante ustedes, para solicitar el beneficio de sobrevivencia que me
corresponde conforme a la ley y en uso de mis facultades mentales y sin
coacción alguna autorizo se me deduzca el porcentaje recibido de mi seguro
de vida, adjunto a la presente, fotocopia de documentos personales,
constancia original de jubilación extendida por INPREMA, estado de cuenta
de aportaciones COPEMH, partida de nacimiento original.

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____

Numero de Afiliación: _____

Firma del Solicitante

Para uso del Depto. de Contabilidad