

REQUISITOS PARA RECLAMAR EN EL CMH
BENEFICIO DE FAMILIARES DE MEDICOS FALLECIDOS

1. **Acta de defunción original** (documento emitido por el Registro Nacional de las Personas).
2. **Partida de nacimiento original** (documento emitido por el Registro Nacional de las Personas) para todos los beneficiarios y del Médico Fallecido.
3. Copias de Tarjetas de identidad de los Beneficiarios y del Médico Fallecido.
4. Si la Esposa está registrada en la hoja de beneficiarios con su apellido de casada, **Acta de Matrimonio**.
5. **Declaración Jurada** (cuyo texto se proporciona) en papel común pero autenticada por un notario (según Borrador adjunto)
6. Abrir una cuenta con Banco de Occidente por cada uno de los Beneficiarios.

DECLARACIÓN JURADA Y RELEVO DE RESPONSABILIDADES

Nosotros, _____ mayores de edad, hondureños, con tarjeta de identidad Nros. _____ y de este domicilio por el presente documento extendemos Declaración Jurada de ser los beneficiarios legalmente declarados por el doctor ante el Colegio Médico de Honduras para obtener los beneficios del Fondo de Auxilio Mutuo. Declaramos además que hemos recibido de conformidad la cancelación de los beneficios totales que nos corresponden, cumpliéndose de esta manera la voluntad expresa del doctor. En consecuencia y habiéndose satisfecho los beneficios en forma de solvencia y le Relevamos de cualquier responsabilidad y reclamación futura que se pudiese presentar sobre los beneficios que recibimos.

Tegucigalpa, MDC., _____ de _____ del 201____

FIRMA (AS)

**El texto anterior debe venir en
papel sellado del Colegio de
Abogados y Certificada por un
NOTARIO**

AUTENTICA

El infrascrito Notario Público de este domicilio, inscrito en el Colegio de Abogados de Honduras con el número _____; CERTIFICA: que las firmas que anteceden son AUTENTICAS por ser su conocimiento que es la que utilizan los señores.

TELÉFONOS DEL CMH 2269-1834 hasta el 1839

CELULAR GERENCIA GENERAL DEL CMH 9605-0003