



SOLICITUD DE ANTICIPO PARA ENFERMEDADES TERMINALES CONFORMIDAD DEL FAMILIAR:

En a los días de
de, comparece ante el autorizante,
....., D.N.I. N°: CUIT/CUIL.:
, con domicilio en
....., en su carácter de (1) del afiliado/a y manifiesta que presta su
conformidad para que
..... DNI. N° tramite y
perciba el beneficio de Anticipo para Enfermedades Terminales (art. 46 bis, ley 13.758) en nombre y
representación del/la afiliado/a:
.....
manifestando que tiene conocimiento de que éste/a no la realiza en forma personal por (2)
..... ratificando
lo actuado hasta la fecha por el/la gestionante, liberando a la Caja de toda responsabilidad legal que le
pudiera resultar de la tramitación y pago del beneficio a quien peticiona en nombre y representación del/la
afiliado/a, y renunciando a promover cualquier reclamo administrativo y/o judicial por tal motivo.

Referencias:

- (1) Indicar parentesco.
- (2) consignar causa: si el afiliado carece de aptitud para dirigir su persona y administrar sus bienes, o desconocimiento o ignorancia de la enfermedad.

.....
Firma declarante.

.....
Firma certificante
Funcionario habilitado de esta Caja
Escribano Público Autoridad Judicial o Autoridad Policial