

## ANTICIPO PARA ENFERMEDADES TERMINALES.

**DECLARACIÓN JURADA:**

En ..... a los ..... días de..... de ....., comparece  
ante el autorizante, ....., D.N.I. N°: ..  
..... CUIT/CUIL.: ..... , con domicilio en .....  
..... de la ciudad de ..... provincia. .... quien manifiesta su  
voluntad de prestar declaración jurada, en nombre y representación de (consignar datos del afiliado enfermo). .....  
..... Debidamente impuesto y previo juramento que  
en legal forma prestó de que sea verdad todo lo que dijere o contestare, manifiesta: Que en su carácter de (cónyuge,  
conviviente u otro parentesco) ..... y ante la imposibilidad física del afiliado de iniciar y/o proseguir  
personalmente el presente trámite, viene a peticionar el inicio y/o a continuar el trámite de “Anticipo para  
Enfermedades Terminales (art. 46 bis, ley 13.758), manifiesta: (relatar situación familiar, cónyuge – número de  
nupcias – si está separado o divorciado, convivencia, duración, domicilio convivencial, identidad y cantidad de hijos,  
de ser posible sus domicilios y teléfonos). .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(si necesita más espacio puede continuar en el Formulario Anexo).

CON / SIN (1) aptitud para dirigir su persona y administrar sus bienes, CON / SIN (1) conocimiento de la enfermedad que padece. Expresa, además, que asume las responsabilidades legales que pudieran corresponder por sus manifestaciones o por cualquier diferencia y/u ocultación de los datos consignados, liberando por tales causas al organismo y se compromete a efectuar un adecuado uso de los importes del beneficio en provecho y asistencia del afiliado en su enfermedad. No siendo para más se dio por terminado el acto firmando el deponente por ante mí que certifico.

(1) TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

.....  
Firma declarante.

.....

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



**ANTICIPO PARA ENFERMEDADES TERMINALES.**

**DECLARACIÓN JURADA (ANEXO):**

Continuación situación familiar:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Firma declarante.

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