



CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE  
LOS AGENTES CIVILES DEL ESTADO  
LEY 13.758

**TRAMITE ABSOLUTAMENTE GRATUITO**

**F:C14**

Tucumán 2748 - S3000CAJ SANTA FE -Tel. 0342-452-1203  
Bv. Oroño 482 - S2000QLT ROSARIO - Tel.0341-527-7600  
www.cajadeprevisionsf.org.ar

**ANTICIPO PARA ENFERMEDADES DEL ART. 46 BIS**

**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 del Art. 46 Bis (Art.46 bis ley 13758) 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