

SEGURIDAD SOCIAL SÉCURITÉ SOCIALE	CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL 13 DE MAYO DEL 2010 ENTRE ARGENTINA Y LUXEMBURGO CONVENTION DE SECURITE SOCIALE DU 13 MAI 2010 ENTRE L'ARGENTINE ET LE LUXEMBOURG	ARG/LUX 2
--	---	------------------

**CERTIFICACIÓN RELATIVA A LA TOTALIZACIÓN DE PERÍODOS DE SEGURO
ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE OU DE RESIDENCE**

**Continuación facultativa del Seguro - Prestaciones familiares – Maternidad
Assurance volontaire continuée – Prestations familiales – Maternité**

*Artículos 7 y 20 del Convenio / Articles 7 et 20 de la Convention
Artículos 4 y 11 del Acuerdo Administrativo / Articles 4 et 11 de l'Arrangement administratif*

La Institución Competente cumplimentará la parte A y enviará dos ejemplares del formulario a la institución del otro Estado. Esta institución cumplimentará la parte B y devolverá el formulario a la institución que se lo ha remitido. Si el formulario se expide a petición del interesado, la institución que debe entregarlo cumplimentará las partes A.2 y B, y entregará o hará llegar el formulario al propio interesado.

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution de l'autre Etat. Cette institution remplit la partie B et retourne le formulaire à l'institution qui le lui a adressé. Si le formulaire est établi à la demande de l'intéressé, l'institution qui est tenue de le délivrer remplit les parties A. 2 et B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé/e.

Parte A / Partie A

1.	Institución destinataria / Institution destinataire
1.1	Denominación / Dénomination :
1.2	Dirección / Adresse :
1.3	Correo Electrónico / Adresse électronique.....

2.	Persona interesada / Personne concernée
2.1	Apellido / Nom :
2.2	Nombre / Prénom(s) :
2.3	Fecha de Nacimiento / Date de naissance: ____ / ____ / _____
2.4	Nº de identificación en Luxemburgo / N° d'identification au Luxembourg :
2.5	DNI/CUIL/CUIT en Argentina / en Argentine :
2.6	A partir de la fecha indicada en el punto 3.1, el trabajador ha ejercido una actividad laboral : À partir de la date indiquée au point 3.1, l'intéressé a exercé une activité : <input type="checkbox"/> asalariada / salariée <input type="checkbox"/> independiente / non salariée
2.7	Nombre o razón social del último empleador / Nom ou raison sociale du dernier employeur..... Última actividad independiente / Dernière activité non salariée :
	Dirección / Adresse :
2.8	<input type="checkbox"/> Empleadores anteriores / Employeurs précédents : <input type="checkbox"/> Actividades independientes anteriores / Activités non salariées précédentes : (nombre o razón social y dirección / Nom ou raison sociale et adresse)

3. A fin de dar trámite a una solicitud presentada por el trabajador citado en el recuadro 2, les rogamos nos comuniquen los períodos de seguro, empleo que ha cumplido
En vue de donner suite à une demande introduite par la personne désignée au cadre 2, nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'assurance ou de résidence qu'elle a accomplies

3.1 a partir del / à partir du : ____ / ____ / _____

3.2 con arreglo a la legislación de su país, para la contingencia siguiente / sous la législation de votre pays, pour le risque :
 enfermedad / maladie maternidad / maternité Vejez-invalidez-supervivencia / vieillesse-invalidité-survie

4. Institución Competente / Institution compétente

4.1 Denominación / Nom :

4.2 Dirección / Adresse :

4.3 Correo Electrónico / Adresse électronique.....

4.4 Sello / Cachet

4.5 Fecha / Date :

.....

4.6 Firma / Signature :

.....

Parte B / Partie B

5. La persona citada en el recuadro 2 / La personne indiquée au cadre 2

5.1 no ha cumplido períodos de seguro o de residencia / n'a pas accompli de périodes d'assurance ou de résidence.

5.2 está asegurada contra la contingencia de enfermedad-maternidad desde la fecha citada en el punto 3.1
est assurée pour le risque de maladie-maternité depuis la date indiquée au point 3.1

5.3 ha cumplido / a accompli

6. los periodos de seguro o de empleo siguientes / les périodes d'assurance suivantes :

6.1 del / du al / au

6.2 del / du al / au

6.3 del / du al / au

6.4 del / du al / au

6.5 del / du al / au

7. los periodos de residencia siguientes / les périodes de résidence suivantes :

7.1 del / du al / au

7.2 del / du al / au

7.3 del / du al / au

7.4 del / du al / au

7.5 del / du al / au

8. Institución que cumplimenta la parte B / Institution remplissant la partie B

8.1 Denominación / Dénomination :

8.2 Dirección / Adresse :

8.3 Correo Electrónico / Adresse électronique.....

8.4 Sello / Cachet

8.5 Fecha / Date :

.....

8.6 Firma / Signature

.....