

Convenio de Seguridad Social del 13 de Mayo del 2010 entre Argentina y Luxemburgo
Convention de Sécurité Sociale du 13 mai 2010 entre l'Argentine et le Luxembourg

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR SOBREVIVENCIA
FORMULAIRE DE DEMANDE DE PENSION DE SURVIVANT

Artículo 11-19 del Convenio / *Articles 11 à 19 de la Convention*
 Artículo 7 del Acuerdo Administrativo / *Article 7 de l'Arrangement administratif*

Expediente en Argentina N° / <i>N° dossier en Argentine</i>	
Expediente en Luxemburgo N° / <i>N° dossier au Luxembourg</i>	

Fecha de Solicitud / <i>Date de la demande</i>						
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>						

Este formulario debe ser completado por el solicitante y la institución competente del país donde reside del solicitante. También es necesario adjuntar cualquier documento relacionado con la carrera del asegurado fallecido de seguro de la otra Parte Contratante. *Ce formulaire doit être établi par le demandeur et l'institution compétente de la Partie contractante où réside le demandeur. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière d'assurance du défunt dans l'autre Partie contractante.*

1.	INSTITUCIÓN DESTINATARIA / INSTITUTION DESTINATAIRE
1.1	Denominación / <i>Dénomination</i> :
1.2	Dirección / <i>Adresse</i> :
	Correo Electrónico / <i>Adresse électronique</i> :

A. DATOS RELATIVOS AL ASEGURADO FALLECIDO / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ DÉCÉDÉ

2	
2.1	Apellido / <i>Nom</i>
2.2	Nombre / <i>Prénoms</i>
2.3	Lugar de Nacimiento / <i>Lieu de naissance</i> :
2.4	Fecha de Nacimiento / <i>Date de naissance</i> ____ / ____ / _____
2.5	Sexo / <i>Sexe</i> : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2.6	Nacionalidad / <i>Nationalité</i> :
2.7	Estado Civil / <i>Etat civil</i> : <input type="checkbox"/> soltero(a) / <i>célibataire</i> <input type="checkbox"/> casado(a) / <i>marié(e)</i> <input type="checkbox"/> viudo(a) / <i>veuf(ve)</i> <input type="checkbox"/> divorciado(a) / <i>divorcé(e)</i> <input type="checkbox"/> separado(a) / <i>séparé(e)</i> <input type="checkbox"/> conviviente / <i>cohabitant</i>

2.8 Domicilio actual / Adresse actuelle

2.9 Telefono / Téléphone: Correo electrónico / Adresse électronique :

2.10 DNI/CUIL/CUIT en Argentina / en Argentine:

2.11 N° de identificación luxemburgués / N° d'identification au Luxembourg:

2.12 Fechas de entrada y salida de la República Argentina (sólo para Argentina):
Dates d'entrée et de sortie de la République Argentine (concerne uniquement l'Argentine):

1- desde / du ___/___/___ hasta / au ___/___/___ 4- desde / du ___/___/___ hasta / au ___/___/___

2- desde / du ___/___/___ hasta / au ___/___/___ 5- desde / du ___/___/___ hasta / au ___/___/___

3- desde / du ___/___/___ hasta / au ___/___/___ 6- desde / du ___/___/___ hasta / au ___/___/___

2.13 Fecha y lugar de fallecimiento / Date et lieu du décès

2.14 N° de certificado de defunción | Tomo | Libro | Folio | Fecha de expedición
N° de certificat de décès | tome | livre | folio | Date d'expédition

2.15 El fallecimiento / Le décès se presume / est présumé no se presume / n'est pas présumé

por causa de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.
être la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

por causa de un tercero responsable / avoir été causé par un tiers responsable.

2.16 A la fecha del fallecimiento el asegurado / A la date de son décès l'assuré

ejercía / exerçait no ejercía / n'exerçait pas una actividad laboral / une activité professionnelle.

2.17 Si el asegurado ejercía una actividad laboral al momento del fallecimiento, indicar último día de trabajo efectivo.
Si l'assuré exerçait une activité professionnelle au moment de son décès, indiquer la dernière journée effective de travail.

___ / ___ / _____

2.18 Nombre o Razón Social y Dirección del último empleador / Nom ou raison sociale et adresse du dernier employeur

2.19 Naturaleza de la actividad laboral independiente / Nature de l'activité professionnelle non salariée

2.20 A la fecha de matrimonio el asegurado / A la date de son mariage l'assuré era / était no era / n'était pas titular de una prestación o renta
titulaire d'une pension ou d'une rente

2.21 A la fecha de fallecimiento el asegurado / A la date de son décès l'assuré era / était no era / n'était pas titular de una prestación o renta
titulaire d'une pension ou d'une rente

2.22 El asegurado fallecido / L'assuré décédé había / avait no había / n'avait pas recibido devolución de aportes
obtenu un remboursement de cotisations

2.23 Si el asegurado era titular de una prestación o renta, indicar Institución otorgante :
Si l'assuré était titulaire d'une pension ou d'une rente, indiquer l'institution débitrice de cette pension ou rente :

.....

Número de beneficio / Numéro de la prestation :

3

DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES / DÉCLARATION DES ACTIVITÉS

Empresa Employeur Independiente Non salarié	Nº de Afilación - Inscripción Nº d'affiliation - Inscription	Dirección Adresse	País Pays	Actividad -Tipo de tarear Activité – Type de tâches	Períodos / Périodes		Institución Competente Institution compétente
					desde / du	hasta / au	

B. INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE DE PENSION POR SOBREVIVENCIA / INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR DE LA PENSION DE SURVIVANT

4

4.1 Apellido / Nom
.....

4.2 Nombre / Prénoms
.....

4.3 DNI/CUIL/CUIT en Argentina / en Argentine :

4.4 Nº de identificación luxemburgués / N° d'identification au Luxembourg :

4.5 Domicilio actual / Adresse actuelle

4.6 Telefono / Téléphone : Correo electrónico / Adresse électronique

C. Datos Relativos a los derechohabientes del asegurado (incluido el solicitante en caso de corresponder) / Renseignements relatifs aux ayants droits de l'assuré (y inclus le demandeur si c'est le même)

5	<input type="checkbox"/> Viuda / Veuve <input type="checkbox"/> Viudo / Veuf <input type="checkbox"/> Otros beneficiarios / Autres ayants droit ¹⁾
5.1	Apellido / <i>Noms</i>
5.2	Nombre / <i>Prénoms</i>
5.3	Fecha de nacimiento / <i>Date de naissance</i> ____ / ____ / _____
5.4	Dirección / <i>Adresse</i>
5.5	Fecha de matrimonio con el beneficiario fallecido / <i>Date de mariage avec l'assuré décédé</i> ____ / ____ / _____
5.6	Los conyuges han tenido hijos (natural o adoptivo) / <i>Les conjoints ont-ils eu un enfant ensemble (enfant naturel ou adopté)</i> <input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i>
5.7	En su caso la fecha de / <i>Le cas échéant, date</i> <input type="checkbox"/> <i>la separacion / de la séparation de corps</i> <input type="checkbox"/> <i>divorcio / du divorce</i> ____ / ____ / _____
5.8	En su caso la fecha de nuevas nupcias / <i>Le cas échéant, date du remariage</i> ____ / ____ / _____
5.9	Nombre completo del o de los nuevos conyuges / <i>Noms et prénoms du ou des nouveaux conjoints</i>
5.10	Relación y estado civil (por beneficiarios distintos de la viuda o el viudo) <i>Lien de parenté et état civil (pour les ayants droit autres que la veuve ou le veuf)</i>

1) Respecto de la Argentina : los concubinos con 5 años de convivencia sin hijos o con hijos. / *En ce qui concerne l'Argentine : les concubins avec 5 années de cohabitation avec enfants ou sans enfants.*
 Respecto do Luxemburgo: concubinos en el sentido de la ley del 9 de julio de 2004, cónyuge divorciado, parente o aliado en línea directa y parentea en línea colateral hasta el segundo grado que a tenule el hogar del difunto. / *En ce qui concerne le Luxembourg : partenaire au sens de la loi du 9 juillet 2004, conjoint divorcé, parent ou allié en ligne directe et paren en ligne collatérale jusqu'au 2^e degré ayant fait le ménage du défunt.*

La persona designada en el cuadro 6 / *La personne désignée au cadre 6*

6.1 ejerce una actividad laboral / *exerce une activité professionnelle* asalariada / *salariée*

6.2 no ejerce una actividad laboral / *n'exerce pas d'activité professionnelle* independiente / *non salariée*

6.3 En caso afirmativo, monto de ingreso anual / *Dans l'affirmative, montant du revenu annuel*
.....

6.4 La persona designada en el cuadro 6 no estaba / *n'était pas* estaba / *était*
La personne désignée au cadre 6
a cargo del asegurado fallecido / *à la charge de l'assuré décédé.*

6.5 La persona designada en el cuadro 6 es beneficiaria de una pensión o renta
La personne désignée au cadre 6 bénéficie d'une pension ou d'une rente

desde / *du* ____ / ____ / _____ hasta / *au* ____ / ____ / _____

es beneficiario de una prestación o renta / *ne bénéficie pas d'une pension ou d'une rente.*

ha solicitado una prestación / *peut prétendre à une pension.*

6.6 Naturaleza de la prestación o renta / *Nature de la pension ou de la rente*

6.7 Numero de beneficio o de la renta / *Numéro de la pension ou de la rente*

6.8 Monto de la prestación o renta / *Montant de la pension ou de la rente*

6.9 Institucion responsable / *Institution débitrice*

6.10 La persona designada en el cuadro 6 / *La personne indiquée au cadre 6*

es titular / *a droit* no es titular / *n'a pas droit*

de una prestación por sobrevivencia o seguro por accidente. / *à une pension de survie à charge de l'assurance accident.*

Institución responsable / *Institution débitrice*

Número de beneficio o renta / *Numéro de la pension ou de la rente*.....

6.11 La viuda/el viudo / *La veuve/le veuf* tiene un niño a cargo / *élève un enfant*
 no tiene un niño a cargo / *n'élève pas d'enfant*

por el que percibe una asignación familiar o prestación por orfandad
pour lequel elle/il perçoit des allocations familiales ou une pension d'orphelin

si / *oui* no / *non*

6.12 Institución responsable / *Institution débitrice*.....

6.13 Fecha estimada de parto, si la persona designada en el cuadro 6 esta embarazada :
Date présumée de l'accouchement, si la personne désignée au cadre 6 est enceinte : ____ / ____ / _____

7 Hijos / Enfants				
7.1	Apellido / Noms	Nombre / Prénoms	Fecha de nacimiento (fallecimiento) / Date de naissance (décès)	Vínculo / Lien de parenté
	1.....	.....	.....	.....
	2.....	.....	.....	.....
	3.....	.....	.....	.....
	4.....	.....	.....	.....
	5.....	.....	.....	.....
	6.....	.....	.....	.....
	7.....	.....	.....	.....
	8.....	.....	.....	.....
7.2	Dirección / Adresse			
			
			
7.3	El/Los menores indicados en el/los punto(s).....continua(n) los estudios. <i>L'enfant/Les enfants indiqué(s) au(x) point(s) .....poursuit/poursuivent des études.</i>			
	Certificado de estudios adjuntos / <i>Certificat(s) d'études joint(s)</i> <input type="checkbox"/> si / oui <input type="checkbox"/> no / non			
7.4	El/Los menores indicados en el punto .....es/son discapacitado(s). <i>L'enfant / Les enfants indiqué(e)s au(x) point(s) .....est/sont handicapé(s).</i>			
	Certificado médico adjunto / <i>Certificat médical joint</i> <input type="checkbox"/> si / oui <input type="checkbox"/> no / non			
7.5	Observaciones / <i>Observations</i>			
			
			

8 Identificación Bancaria (aplicable a Luxemburgo) / Identification bancaire (aplicable au Luxembourg)	
8.1	Nombre y apellido del titular <i>Noms et prénoms du titulaire</i>

8.2	Denominación del Banco <i>Dénomination de la banque</i>

8.3	Dirección del Banco <i>Adresse de la banque</i>

8.4	Código bancario BIC <i>Code bancaire BIC</i>

8.5	Cuenta bancaria IBAN y/o Código SWIFT <i>Compte bancaire IBAN et/ou SWIFT Code</i>

**9. DEBE FIRMARSE EN CASO DE SOLICITAR UNA PRESTACIÓN POR SOBREVIVENCIA DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION ARGENTINA
A SIGNER EN CAS DE DEMANDE D'UNE PENSION DE SURVIVANT EN VERTU DE LA LÉGISLATION ARGENTINE**

METODO DE PAGO DEL BENEFICIO / MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

En el caso de no residir en el Estado Argentino y desear percibir sus haberes en el estado de residencia, usted deberá otorgar poder para percibir a favor de una Entidad Bancaria o a una persona física residente en Argentina. A tal fin deberá cumplimentar el formulario Carta Poder, anexo al presente, que deberá estar firmado por el/la titular y certificado por autoridad competente. Luego deberá enviarlo al Organismo de Enlace Argentino (ANSES). Se informa que en los datos del titular se debe consignar el número de DNI Argentino (solicitado en caso de corresponder) o documento extranjero.

En caso de elegir una entidad bancaria consultar el listado de Bancos autorizados en la web de ANSES y los procedimientos según banco correspondiente.

En caso de elegir una persona física quienes pueden ser apoderados para percibir son los siguientes: "el/la cónyuge, parientes por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el tercer grado, abogado o procurador." El apoderado deberá residir en el estado Argentino.

En cas de ne pas être résident de l'Argentine et de souhaiter recevoir ses prestations dans l'Etat de résidence, vous devrez donner mandat de recevoir en faveur d'une institution bancaire ou d'une personne physique résidente de l'Argentine. A cet effet, le formulaire de mandat annexé à ce document devra être rempli par le/la titulaire et dûment légalisé. Il sera par la suite envoyé à l'organisme de liaison argentin (ANSES). Il est en outre précisé que le numéro national d'identité (DNI) argentin ou document étranger devra y apparaître (demandé le cas échéant).

Au cas de faire le choix d'une institution bancaire, prière de consulter sur le web ANSES la liste des banques autorisées et les procédures de chacune.

Au cas de faire le choix d'une personne physique, les personnes pouvant être mandataires sont les suivantes : « le/la conjointe, les membres de la famille jusqu'au quatrième degré de consanguinité ou troisième d'affinité, ou un avocat. Le mandataire doit être résident en Argentine.

10 Observaciones / Observations

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, 292 del Código Penal argentino para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Le présent formulaire est une déclaration sur l'honneur, qui doit être remplie sans omissions et sans fausses indications, les infracteurs étant passibles des peines prévues aux articles 172, 275 et 292 du Code Pénal argentin pour les crimes de fraude et de faux en document.

Fecha de solicitud / Date de la demande

Firma del solicitante / Signature du demandeur

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel de los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indican, y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Je certifie que les données personnelles du demandeur figurant dans le présent formulaire, sont la copie conforme de celles figurant dans les documents d'identité, qui dans chaque cas sont indiqués, et que j'ai vérifiés, et que la signature y figurant a été apposée en ma présence.

Firma y Sello del Funcionario Operativo / Signature et Cachet du fonctionnaire habilité

**11. DEBE FIRMARSE EN CASO DE SOLICITAR UNA PRESTACIÓN POR SOBREVIVENCIA DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION LUXEMBURGUESA
A SIGNER EN CAS DE DEMANDE D'UNE PENSION DE SURVIVANT EN VERTU DE LA LÉGISLATION LUXEMBOURGEOISE**

Declaro tener conocimiento de que las informaciones falsas o la falta de respuesta a las preguntas de la presente solicitud, que originen la asignación o a la continuación en el pago de prestaciones indebidas darán lugar a la devolución de los importes en cuestión, sin perjuicio de las sanciones penales contempladas en la ley.

Confirmando la exactitud de las declaraciones anteriores y me comprometo a suministrar información sobre los cambios posteriores que se produzcan al respecto.

Je déclare avoir pris connaissance du fait que de faux renseignements ou la non-réponse aux questions figurant sur la présente demande menant à l'allocation ou la continuation du paiement de prestations non dues, donnent lieu à la restitution des montants en question, sans préjudice des sanctions pénales prévues par la loi.

Je confirme l'exactitude des déclarations ci-dessus et je m'engage à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs.

Fecha de solicitud / *Date de la demande*

Firma del solicitante / *Signature du demandeur*

.....

.....

12	Institución emisora / <i>Institution d'instruction</i>		<input type="checkbox"/> Informe de periodos de seguro ARG/LUX 7 anexa	
	<i>Relevé des périodes d'assurance ARG/LUX 7 joint en annexe</i>			
12.1	Denominación / <i>Dénomination</i>			
12.2	Dirección / <i>Adresse</i>			
	Correo Electrónico / <i>Adresse électronique</i> :			
12.3	Sello / <i>Cachet</i>	12.4	Fecha / <i>Date</i>	.....
		12.5	Firma / <i>Signature</i>	.....