

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL DE 24 DE SETIEMBRE DE 2012 ENTRE EL GRAN DUCADO DE  
LUXEMBURGO Y LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY  
*CONVENTION DE SECURITE SOCIALE DU 24 SEPTEMBRE 2012*  
*ENTRE LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE ORIENTALE DE L'URUGUAY*

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

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

*Artículos 7 y 19 del Convenio / Articles 7 et 19 de la Convention*  
*Artículos 4 y 14 del Acuerdo Administrativo / Articles 4 et 14 de l'Arrangement administratif*

La institución de la cual depende el asegurado que solicita prestaciones en efectivo cumplimentará la parte A y enviará dos ejemplares del formulario a la institución del otro Estado contratante. 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 contractant. 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**

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

<b>2.</b>	<b>EL INTERESADO / PERSONNE CONCERNÉE</b>
2.1	Apellidos / <i>Nom</i> ..... Apellido de soltera / <i>Nom de naissance</i> .....
2.2	Nombre / <i>Prénom</i> ..... .....
2.3	Nº de identificación en Luxemburgo / <i>N° d'identification au Luxembourg</i> ..... Cédula de identidad en Uruguay / <i>Carte d'identité en Uruguay</i> .....

2.4	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(e) a exercé une activité	
	<input type="checkbox"/> asalariada / salariée <input type="checkbox"/> independiente / indépendante	
2.5	<input type="checkbox"/> Nombre o razón social del último empleador / Nom ou raison sociale du dernier employeur <input type="checkbox"/> Última actividad independiente / Dernière activité indépendante	
	..... ..... .....	
2.6	Dirección / Adresse	
	..... ..... .....	
2.7	<input type="checkbox"/> Empleadores anteriores / Employeurs précédents (Nombre o razón social y dirección / Nom ou raison sociale et adresse)	<input type="checkbox"/> Actividades independientes anteriores Activités indépendantes précédentes
	..... ..... .....	

3.	A fin de dar trámite a una solicitud presentada por el trabajador citado en el ítem 2, les rogamos nos comuniquen los períodos de seguro o 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 :		
	<input type="checkbox"/> enfermedad / maladie	<input type="checkbox"/> maternidad / maternité	<input type="checkbox"/> vejez - invalidez – supervivencia vieillesse-invalidité-survie

<b>4. INSTITUCIÓN COMPETENTE / INSTITUTION COMPÉTENTE</b>		
4.1	Denominación / Dénomination	
	.....	
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**

<b>5.</b>	<b>La persona citada en el ítem 2 / La personne indiquée au cadre 2</b>	
5.1	<input type="checkbox"/> no ha cumplido períodos de seguro o de residencia / <i>n'a pas accompli de périodes d'assurance ou de résidence.</i>	
5.2	<input type="checkbox"/> está asegurada contra la contingencia de enfermedad-maternidad desde la fecha citada en el punto 3.1 <i>est assurée pour le risque de maladie-maternité depuis la date indiquée au point 3.1</i>	
5.3	<input type="checkbox"/> ha cumplido los períodos de seguro siguientes / <i>a accompli les périodes d'assurance suivantes:</i> (admisión al seguro voluntario continuado / <i>admission à l'assurance volontaire continuée</i> )	
5.3.1	del / du .....	al / au.....
5.3.2	del / du .....	al / au.....
5.3.3	del / du .....	al / au.....
5.3.4	del / du .....	al / au.....
5.3.5	del / du .....	al / au.....
5.4	<input type="checkbox"/> ha cumplido los períodos de residencia siguientes / <i>a accompli les périodes résidence suivantes:</i> (admisión a las asignaciones familiares / <i>admission aux prestations familiales</i> )	
5.4.1	del / du .....	al / au.....
5.4.2	del / du .....	al / au.....
5.4.3	del / du .....	al / au.....
5.4.4	del / du .....	al / au.....
5.4.5	del / du .....	al / au.....

<b>6.</b>	<b>INSTITUCIÓN QUE CUMPLIMENTA LA PARTE B / INSTITUTION QUI REMPLIT LA PARTIE B</b>	
6.1	Denominación / <i>Dénomination</i> .....	
6.2	Dirección / <i>Adresse</i> ..... .....	
6.3	Correo Electrónico / <i>Adresse électronique</i> .....	
6.4	Sello / <i>Cachet</i>	6.5 Fecha / <i>Date</i> .....
		6.6 Firma / <i>Signature</i> .....