

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL 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-DUCHE DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE ORIENTALE DE L'URUGUAY

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR VEJEZ Y DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES
FORMULAIRE DE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE ET DÉCLARATION DES ACTIVITÉS

Artículos 11 a 18 del Convenio / *Articles 11 à 18 de la Convention*
Artículos 7 y 8 del Acuerdo Administrativo / *Articles 7 et 8 de l'Arrangement administratif*

Cédula de identidad en Uruguay N°	.....
N° Dossier au Luxembourg	.....

Fecha de Solicitud / <i>Date de la demande</i>				

Este formulario debe ser completado y firmado por el solicitante y presentado ante la institución competente del Estado Contratante donde reside. También es necesario adjuntar la documentación relativa a su historia laboral cumplida en el otro Estado Contratante. / *Ce formulaire doit être rempli et signé par le demandeur et présenté auprès de l'institution compétente de l'Etat contactant où il réside. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière d'assurance accomplie dans l'autre Etat contractant.*

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

2.	DATOS RELATIVOS AL ASEGURADO / INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURÉ
2.1	Apellidos / <i>Nom</i> Apellido de soltera / <i>Nom de naissance</i>
2.2	Nombre / <i>Prénom</i>
2.3	Lugar y fecha de nacimiento / <i>Lieu et date de naissance</i>
2.4	Sexo / <i>Sexe</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

2.5 Estado Civil / état civil
 soltero(a) / célibataire casado(a) / marié(e) viudo(a) / veuf(ve)
 divorciado(a) / divorcé(e) separado(a) / séparé(e) concubino(a) / partenaire

2.6 Domicilio actual / Adresse actuelle
.....
.....

2.7 Teléfono / Téléphone Fax.....

2.8 Correo electrónico / Adresse électronique.....

2.9 N° de identificación en Luxemburgo / N° d'identification au Luxembourg.....
Cédula de identidad en Uruguay / Carte d'identité en Uruguay.....

3.	INFORMACIONES VARIAS / INFORMATIONS DIVERSES
3.1	Última actividad de trabajo / Dernière activité professionnelle <input type="checkbox"/> asalariada / salariée <input type="checkbox"/> independiente / indépendante
3.2	Monto de ingresos laborales / Montant du revenu professionnel <input type="checkbox"/> anual / annuel <input type="checkbox"/> mensual / mensuel
3.3	Último día de trabajo efectivo / Dernière journée effective de travail.....
3.4	Nombre o razón social y dirección / Nom ou raison sociale et adresse <input type="checkbox"/> del último empleador <input type="checkbox"/> de su actual empleador (si usted aún trabaja) <i>du dernier employeur</i> <i>de votre employeur actuel (si vous travaillez encore)</i> Naturaleza de la actividad independiente / Nature de l'activité professionnelle indépendante
3.5	COMPLETAR ANEXO CON DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES / COMPLETER LA DÉCLARATION DES ACTIVITÉS EN ANNEXE

4.	INFORMACIÓN RELATIVA A OTRAS PRESTACIONES / INFORMATIONS RELATIVES À D'AUTRES PRESTATIONS	prestaciones que ha solicitado <i>prestations que vous avez sollicitées</i>	prestaciones que recibe / <i>prestations dont vous bénéficiez</i>
4.1	Continuación del pago del salario en caso de enfermedad, según la legislación luxemburguesa <i>Continuation du paiement du salaire en cas de maladie, selon la législation luxembourgeoise</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Subsidio por enfermedad <i>Indemnité pécuniaire de maladie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Jubilación por invalidez / <i>Pension d'invalidité</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Jubilación por vejez / <i>Pension de vieillesse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Pensión por sobrevivencia / <i>Pension de survivant</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Renta por accidente de trabajo o enfermedad profesional <i>Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Subsidio por desempleo o Jubilación anticipada <i>Prestation de chômage ou de préretraite</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Asignaciones familiares / <i>Prestations familiales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	Devolución de aportes / <i>Remboursement de cotisations</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	Otros / <i>Autres</i>		
4.11	Naturaleza de la prestación <i>Nature de la prestation</i>	Período o fecha de vigencia <i>Période ou date d'effet</i>	Monto mensual <i>Montant mensuel</i>
	4. ....	.....	.....
	4. ....	.....	.....
	4. ....	.....	.....
4.12	Institución gestora de la prestación / <i>Institution débitrice de la prestation</i>		

5.	IDENTIFICACION BANCARIA / IDENTIFICATION BANCAIRE	
5.1	Nombre y apellido del titular / <i>Noms et prénoms du titulaire</i>	..........
5.2	Denominación del Banco / <i>Dénomination de la banque</i>	..........
5.3	Dirección del Banco / <i>Adresse de la banque</i>	...............
5.4	Código bancario BIC / <i>Code bancaire BIC</i>	.....
5.5	Cuenta bancaria IBAN y/o Código SWIFT / <i>Compte bancaire IBAN et/ou SWIFT Code</i>	.....

6. DECLARACION Y FIRMA DEL SOLICITANTE / DECLARATION ET SIGNATURE DU DEMANDEUR

Declaro tener conocimiento de que toda información falsa o la falta de respuestas a las preguntas de la presente solicitud, que conlleven al otorgamiento o a la continuación del pago de prestaciones indebidas darán lugar a la devolución de los importes en cuestión, sin perjuicio de las sanciones penales previstas en la Ley.

Confirmo 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*

.....

7. INSTITUCIÓN EMISORA / INSTITUTION D'INSTRUCTION

- Relación de los periodos de seguro UY/LU 7 en anexo
- Relevé des périodes d'assurance UY/LU 7 joint en annexe*

7.1 Denominación / *Dénomination*
.....

7.2 Dirección / *Adresse*
.....
.....

7.3 Correo Electrónico / *Adresse électronique*.....

7.4 Sello / *Cachet*

7.5 Fecha / *Date*

.....

7.6 Firma / *Signature*

.....