

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-DUCHE DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE ORIENTALE DE L'URUGUAY

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR INVALIDEZ Y DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES
FORMULAIRE DE DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ 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 / Date de la demande				

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>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 / *RENSEIGNEMENTS DIVERS*

3.1 Fecha de inicio de la incapacidad / *Date à laquelle a été fixé le début de l'invalidité*

3.2 Ejercicio de una actividad laboral / *J'exerce une activité professionnelle*
 asalariada / *salariée*
 independiente / *indépendante*

Ya no ejerzo una actividad laboral
Je n'exerce plus d'activité professionnelle

3.3 Fecha de cese de la actividad laboral / *Date de cessation de l'activité professionnelle*
 asalariada / *salariée* independiente / *indépendante*

3.4 Monto del ingreso laboral / *Montant du revenu professionnel* anual / *annuel* mensual / *mensual*

3.5 Declaro no tener ingresos / *Je déclare n'avoir aucun revenu.*

3.6 La invalidez / *L'invalidité* se presume / *est présumée* no se presume / *n'est pas présumée*
 causada por un tercero responsable / *avoir été causée par un tiers responsable.*

3.7 La invalidez / *L'invalidité* es resultado / *résulte* no es resultado / *ne résulte pas*
 de un accidente de trabajo o enfermedad laboral / *d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.*

3.8 La invalidez / *L'invalidité* es resultado / *résulte* no es resultado / *ne résulte pas*
 de un accidente no laboral / *d'un accident non professionnel.*

3.9 Desde del inicio de mi incapacidad de trabajo / *Depuis le début de mon incapacité de travail*,
 no he recibido rehabilitación laboral / *je n'ai pas reçu de rééducation professionnelle*.
 he recibido rehabilitación laboral / *j'ai reçu une rééducation professionnelle*

3.10 para la actividad siguiente: / *pour l'emploi suivant*:
 Empleador del nuevo puesto de trabajo / *Employeur pour lequel j'occupe ce nouvel emploi*
 Nombre o razón social / *Nom ou raison sociale*

 Dirección / *Adresse*

3.11 Fecha de inicio y cese de la relación laboral / *Date du début et de la fin de cet emploi*
 desde / *du*..... hasta / *au*

3.12 COMPLETAR ANEXO CON DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES / *COMPLÉTER 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 / <i>Dénomination</i>	..........
7.2	Dirección / <i>Adresse</i>	...............
7.3	Correo Electrónico / <i>Adresse électronique</i>	.....

7.4 Sello / Cachet

7.5 Fecha / Date

.....

7.6 Firma / Signature

.....