

CONVENION DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE EL REINO DE BELGICA Y LA REPUBLICA ARGENTINA
CONVENTION SUR LA SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DE BELGIQUE ET LA REPUBLIQUE D'ARGENTINE

TRAMITACION DE UNA SOLICITUD DE PRESTACION POR INVALIDEZ DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITE

BELGA/BELGE*

**ARGENTINA/
ARGENTINE***

(Este formulario debe ir acompañado con el formulario de informe médico/ Ce formulaire doit être accompagné du formulaire de rapport médical)

Expediente en Argentina/ Dossier en Argentine	N°
Expediente en Bélgica / dossier en Belgique	N°

A completar únicamente por el organismo de enlace/A compléter uniquement par l'organisme de liaison

Fecha de Solicitud /Date de la demande (DD/MM/AA)					
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					

A. Datos relativos al solicitante/ Données qui concernent le demandeur

1. Datos personales/ Données personnelles

1.1	Nom(s) de famille /Apellido(s)	.....
1.2	Nom(s) de naissance /Apellido(s) de nacimiento	.....
1.3	Prénoms/ Nombres	.....
1.4	Nationalité /Nacionalidad	.....
1.5	Numéro d'identification en Argentine DNI/ Número de identificación argentina DNI	.....Ejemplar/ A/B/C
1.6	Autres documents/ Otros documentos*	.....
	CUIT/CUIL	.....
	CI/LE/LC	.....
1.7	Pasaporte/ passeport	.....
	Numéro d'identification à la Sécurité Sociale belge (NISS)/ Número de identificación Belga (NISS)/	.....
1.8	Sexe / Sexo	.....
1.9	Adresse/Dirección	Ville: Commune Ciudad : Comuna

	Rue et N°/ Calle y No.						
	Province/Provincia						
	Pays/País						
1.10	Pays de naissance / Lugar de Nacimiento						
1.11	Date de naissance/ Fecha de nacimiento (DD/JJ – MM/MM – AAAA/AAAA)...../...../.....						
1.12	Etat civil/ Estado civil						
							Seulement si le mariage a eu lieu en Argentine/ Sólo si el matrimonio fue celebrado en Argentina :
	Cohabitant depuis le/ Conviviente desde (DD/JJ–MM/MM–AAAA/AAAA)/...../.....	marié depuis le/ Casado desde (DD/JJ–MM/MM–AAAA/AAAA)/...../.....	Volume/ Tomo	Livre/ Libro	Folio/ Folio	Date de délivrance /F. Expedición	Numéro de l'acte/ Número de acta
1.13	Lieu du mariage / Lugar de casamiento	.....				
1.14	Date du divorce / Fecha de divorcio	(DD/JJ – MM/MM – AAAA/AAAA)...../...../.....					
1.15	Date de séparation / Fecha de separación	(DD/JJ – MM/MM – AAAA/AAAA)...../...../.....					
1.16	Veuve – Veuf depuis le	(DD/JJ-MM/MM-AAAA/AAAA)/...../.....					
1.17	N° de téléphone/ N° de teléfono	.....				
1.18	E-mail :	.....				
1.19	Dernière mutualité en Belgique/ mutual en Bélgica	Nom/Nombre					
		Adresse/Dirección					
1.20 Périodes de résidence en Argentine (JJ / MM / AAAA) - Ne comprend pas les vacances / Períodos de residencia en Argentina (DD/MM/AAAA) – No incluye vacaciones-. (completar solo en caso de solicitud de una prestación argentina/ à compléter uniquement dans le cas d'une demande de prestations argentines)							
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/...../.....		

*à compléter dans tous les cas où l'assuré possède cette information. Seulement à des fins de déclaration, il n'est pas nécessaire de joindre de documentation

*completar en todos los casos donde se posea información. Solo a efectos de declaración, no es obligatorio adjuntar documentación.

2. Datos Bancarios/ Données bancaires (completar solo en caso de solicitud de una prestación belga/ à compléter uniquement dans le cas d'une demande de prestations belges)

2.1	Dirección/ Adresse :
2.2	Identificación bancaria o dirección para pago directo/ Identification bancaire ou adresse pour le paiement direct..... Nombre del beneficiario en el banco/ Nom du bénéficiaire à la banque : Denominación del banco/ Dénomination de la banque:..... Dirección del banco/ Adresse de la banque: (BIC)..... Código bancario/ Code bancaire: Código – IBAN/ Code-IBAN : Cuenta bancaria/ Compte bancaire:

3. Información relativa a la actividad profesional y a la enfermedad/ Informations concernant l'activité professionnelle et la maladie (completar solo en caso de solicitud de una prestación belga/ à compléter uniquement dans le cas d'une demande de prestations belges)

3.1	Fecha de inicio de la incapacidad laboral/ Date de début de l'incapacité de travail ¹ : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (DD/JJ-MM/MM-AAAA/AAAA)
3.2	<input type="checkbox"/> El interesado todavía ejerce/ L'intéressé exerce encore <input type="checkbox"/> El interesado ya no ejerce/ L'intéressé n'exerce plus <input type="checkbox"/> una actividad asalariada/ une activité salariée <input type="checkbox"/> una actividad independiente/ une activité comme indépendant
3.3	Si ejerce una actividad asalariada: /S'il exerce une activité salariée: Monto bruto del salario mensual/ Montant brut du salaire mensuel : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> euro/peso (*) (**) Duración semanal del trabajo (horas por semana)/ Durée hebdomadaire du travail (heures par semaine) : Naturaleza de la actividad/ Nature de cette activité:.....
3.4	Si ejerce una actividad independiente, naturaleza de la actividad/ S'il exerce une activité comme indépendant, nature de cette activité.
3.5	Fecha de cese de la actividad profesional/ Date de cessation de la dernière activité professionnelle: <input type="checkbox"/> Trabajador asalariado/ travailleur salarié : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (DD/JJ-MM/MM-AAAA/AAAA) <input type="checkbox"/> Independiente/ indépendant: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (DD/JJ-MM/MM-AAAA/AAAA)
3.6	El solicitante afirma no tener ingresos/ Le demandeur déclare n'avoir aucun revenu

¹ Date de début de l'incapacité de travail suivie d'invalidité/ Fecha de inicio de la incapacidad laboral conducente a la invalidez

6. Le cas échéant :Détails du représentant légal/ Datos del representante legal (completar solo en caso de solicitud de una prestación argentina/ à compléter uniquement dans le cas d'une demande de prestations argentines)					
6.1 nom et prénom / Apellido y Nombre		6.2 DNI-CUIL-CUIT		6.3 Relation avec le titulaire /Relación con el titular	
6.4. Adresse/ Domicilio	Rue/ Calle	N°	C.P.	Localité/ Localidad	téléphone /Teléfono

B. Información relativa a los miembros de la familia del asegurado/ Renseignements concernant les membres de la famille de l'assuré

1. Cónyuge/ Conjoint(e)

Conviviente/ Partenaire cohabitant(e)

Completar solo en caso de solicitud de una prestación belga/ A compléter uniquement dans le cas d'une demande de prestations belges

1.1	Apellido/ Nom de famille:
1.2	Apellido de nacimiento : Nom de naissance :
1.3	Nombre/ Prénoms:
1.4	Fecha de nacimiento/ Date de naissance: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (J - M -A) País de nacimiento/ Pays de naissance :
1.5	Dirección/ Adresse:.....
1.6	El cónyuge/ Le conjoint/ partenaire <input type="checkbox"/> ejerce/ exerce <input type="checkbox"/> no ejerce/ n'exerce pas Una actividad profesional/ une activité professionnelle
1.7	En caso afirmativo, monto de los ingresos/ Dans l'affirmative, montant de ses revenus <input type="checkbox"/> mensual/ mensuel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> euro/peso (*) (***)
1.8	El Cónyuge/ Le conjoint/partenaire <input type="checkbox"/> Presenta una solicitud de <u>prestación</u> / a déposé une demande de pension <input type="checkbox"/> como asalariado/ comme salarié <input type="checkbox"/> como funcionario/ comme fonctionnaire <input type="checkbox"/> como independiente/ comme indépendant <input type="checkbox"/> Es titular de una prestación/ est titulaire d'une pension

No es titular de una prestación/ n'est pas titulaire d'une pension
En caso afirmativo/ Dans l'affirmative,

1.9 Naturaleza de la prestación/ Nature de la pension:.....

1.10 Número de beneficio/ Numéro de la pension:

1.11 Institucion responsable/ Institution débitrice

1.12 Importe/ Montant mensual/ mensuel . euro/peso (*)

1.13 El cónyuge/ Le conjoint/partenaire
 es beneficiario de otras prestaciones sociales/ bénéficie d'autres prestations sociales

desempleo/ chômage enfermedad/ maladie
 invalidez/ invalidité autres

No es beneficiario de otra prestaciones/ ne bénéficie pas d'autres prestations

1.14 Institución pagadora/ Institution débitrice:.....

1.15 Fecha de alta/ Date de début -- (J - M -A)

1.16 Monto/ Montant mensual/ mensuel . euro/peso (*)

2. Hijos que viven con el asegurado/ Enfants qui habitent chez l'assuré

Apellido/Nom de famille	Nombre/Prénoms	País y fecha de nacimiento/ Pays et date de naissance
1.....
.....
.....
.....
2.....
.....
.....
.....
3.....
.....
.....
.....
4.....
.....

.....
.....

3. Datos Relativos a los hijos del Asegurado /Renseignements relatifs aux enfants de l'assuré (completar solo para residentes en Argentina y en caso de solicitud de una prestación argentina/ à compléter uniquement pour les résidents en Argentine et uniquement dans le cas d'une demande de prestations argentines)

Apellidos/Noms de famille	Nombres/Prénoms	Fecha y Lugar de Nacimiento (dd/mm/aaa). Tomo.Libro.Folio Date et lieu de naissance			Doc.: Tipo y N° País Emisor Pièce d'identité: Type et N° Pays émetteur	Incapacitado Inapte (Si/No)	Escolaridad Niveau scolaire (Si/No)
		T	L	F			
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					

4. Ascendientes y otros miembros de la familia que viven con el asegurado /Ascendants et autres membres de la famille qui habitent chez l'assuré

Apellido/ Nom de famille	Nombre/Prénoms	País y fecha de nacimiento/ Pays et Date de naissance	Vínculo de parentesco/ Lien de parenté
.....
.....
.....
.....
.....
Observaciones/ Observations.....			
.....			

Je déclare sur l'honneur que toutes les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et correctes. J'ai connaissance de ce que les sommes payées indûment seront récupérées et que je m'expose à des poursuites pénales en cas d'escroquerie et de falsification de documents. Je m'engage à communiquer à l'institution à laquelle j'envoie ce formulaire, toute modification qui interviendrait dans une des données reprises ci-dessus /

Por la presente declaro bajo juramento que todas las respuestas en este formulario son completas y correctas. Entiendo que los importes abonados indebidamente se recuperarán y que me expongo a enjuiciamiento por fraude y falsificación de documentos. Me comprometo a informar a la institución a la que envío este formulario, cualquier cambio que pudiera producirse en los datos informados anteriormente.

Hecho en/ Fait à (lugar y país/ Lieu et pays)

-- (JD/ - M/M -A/A)

Firma del solicitante/Signature du demandeur

Los datos de la persona están acorde con los documentos originales/ Les données personnelles sont conformes aux documents originaux

ARGENTINE/ARGENTINA

BELGIQUE/BELGICA

Le responsable de l'institution/ El responsable de la institución

Au nom de l'Administrateur général/ Por la Administración general

Signature/Firma: _____

Signature/Firma: _____

e- mail de contacto: _____

e- mail de contacto: _____

Cachet / Sello:

Cachet / Sello:

(**Biffer ce qui ne correspond pas*

(** *Veuillez ajouter une fiche de paye récente (salariés)*

(*** *Veuillez ajouter une fiche de paye récente (salarié) ou une copie de la dernière déclaration d'impôts (indépendant) du partenaire/conjoint*