

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE EL REINO DE BELGICA Y LA REPUBLICA ARGENTINA
OVEREENKOMST BETREFFENDEDE SOCIALE ZEKERHEID TUSSEN HET KONINKRIJK BELGIË EN DE
REPUBLIEK ARGENTINIË

TRAMITACION DE UNA SOLICITUD DE PRESTACION POR INVALIDEZ AANVRAAG OM INVALIDITEITSUITKERINGEN

BELGA/BELGIË*	ARGENTINA/ ARGENTINIË*
----------------------	-----------------------------------

(Este formulario debe ir acompañado con el formulario de informe médico/ Bij dit formulier moet het medisch verslag worden gevoegd)

Expediente en Argentina/ Dossier in Argentinië	Nr.
Expediente en Bélgica / Dossier in België	Nr.

A completar únicamente por el organismo de enlace/Uitsluitend door het verbindingsorgaan in te vullen

Fecha de Solicitud /Datum van de aanvraag (DD/MM/AAAA - DD/MM/JJJJ)	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------

A. Datos relativos al solicitante/ Gegevens betreffende de aanvrager

1. Datos personales/ Persoonlijke gegevens

1.1	Familiena(a)m(en) /Apellido(s)	.....
1.2	Geboortena(a)m(en) /Apellido(s) de nacimiento	.....
1.3	Voornamen/ Nombres	.....
1.4	Nationaliteit /Nacionalidad	.....
1.5	Identificatienummer in Argentinië DNI/ Número de identificación argentina DNI	..... Ejemplar A/B/C
1.6	Andere documenten / Otros documentos*	.....
	CUIT/CUIL	.....
	CI/LE/LC	.....
1.7	Paspoort/pasaporte	.....
	Identificatienummer van de Belgische Sociale Zekerheid (INSZ) /Número de identificación Belga (NISS)/	.....
1.8	Geslacht / Sexo	.....
1.9	Adres/Dirección	Stad: Gemeente Ciudad: Comuna
	Straat en huisnummer / Calle y N°.	

	Provincie/Provincia						
	Land/País						
1.10	Geboorteland / Lugar de Nacimiento						
1.11	Geboortedatum / Fecha de nacimiento (DD/DD-MM/MM-AAAA/JJJJ)...../...../.....						
1.12	Burgerlijke staat / Estado civil						
	Alleen als het huwelijk in Argentinië plaatsvond / Sólo si el matrimonio fue celebrado en Argentina :						
	Samenwonend sinds/ Conviviente desde (DD/DD-MM/MM-AAAA/JJJJ)/...../.....	gehuwd sinds/ Casado desde (DD/DD-MM/MM-AAAA/JJJJ)/...../.....	Volume/ Tomo 	Boek / Libro 	Folio/ Folio 	Afleveringsd atum /F. Expedición 	Nummer van de akte/ Número de de acta
1.13	Plaats van het huwelijk / Lugar de casamiento	.....				
1.14	Datum van de echtscheiding / Fecha de divorcio	(DD/DD-MM/MM-AAAA/JJJJ)...../...../.....					
1.15	Datum van de scheiding van tafel en bed/ Fecha de separación	(DD/DD-MM/MM-AAAA/JJJJ)...../...../.....					
1.16	Weduwe - Weduwnaar sinds	(DD/DD-MM/MM-AAAA/JJJJ)...../...../.....					
1.17	Telefoonnummer / N° de teléfono	.....				
1.18	E-mail:	.....				
1.19	Laatste ziekenfonds in België / mutual en Bélgica	Naam / Nombre					
		Adres/Dirección					

1.20 Tijdvakken van verblijf in Argentinië (DD/MM/JJJJ) - Exclusief de vakanties / Períodos de residencia en Argentina (DD/MM/AAAA) – No incluye vacaciones-. (uitsluitend in te vullen in geval van een aanvraag om Argentijnse uitkeringen/completar sólo en caso de solicitud de una prestación argentina)

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1- Desde/van...../...../..... | Hasta/tot/...../..... | 4- Desde/van...../...../..... | Hasta/tot/...../..... |
| 2- Desde/van...../...../..... | Hasta/tot/...../..... | 5- Desde/van...../...../..... | Hasta/tot/...../..... |
| 3- Desde/van...../...../..... | Hasta/tot/...../..... | 6- Desde/van...../...../..... | Hasta/tot/...../..... |

* in te vullen voor alle gevallen waarin de verzekerde over deze informatie beschikt. Alleen voor de aangifte moeten geen documenten worden toegevoegd.

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

2. Datos Bancarios/ Bankgegevens (completar sólo en caso de solicitud de una prestación belga/ uitsluitend in te vullen in geval van een aanvraag om Belgische uitkeringen)

- no se presume/ wordt niet verondersteld zijn veroorzaakt door een aansprakelijke derde
- resultó/ is het gevolg van de un accidente de trabajo o enfermedad profesional/
 no resultó/ is niet het gevolg van een arbeidsongeval of een beroepsziekte

3.8 a la fecha de inicio de la incapacidad laboral, el solicitante /
Op de begindatum van zijn arbeidsongeschiktheid was de aanvrager

- estaba asegurado como trabajador asalariado o desempleado en Bélgica - en Argentina (*) /
verzekerd als werknemer (werkloze) in België/in Argentinië (*)
- estaba asegurado como trabajador independiente en Bélgica-en Argentina (*)/ verzekerd als
zelfstandige in België/in Argentinië (*)
- no estaba asegurado/ niet verzekerd

4. Información relativa a los derechos a prestaciones de seguridad social/ Informatie betreffende de rechten op socialezekerheidsuitkeringen (completar sólo en caso de solicitud de una prestación belga/ uitsluitend in te vullen in geval van een aanvraag om Belgische uitkeringen)

El asegurado solicitó las siguientes prestaciones/Es beneficiario de las siguientes prestaciones/
De verzekerde heeft de volgende uitkeringen gevraagd Hij geniet de volgende uitkeringen
Solicitó es beneficiario
Gevraagd: Geniet:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 Indemnización de seguro médico por incapacidad laboral/
Ziekte-uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Pensión por invalidez/ Invaliditeitspensioen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Pensión por vejez/ Ouderdomspensioen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Renta de accidente de trabajo o enfermedad profesional/
Rente voor een arbeidsongeval of beroepsziekte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Prestación por desempleo /
Werkloosheidsuitkeringen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.5 Información complementaria respecto a las prestaciones referidas en los puntos 4.1 a 4.5
Bijkomende inlichtingen betreffende de uitkeringen bedoeld in de punten 4.1 tot 4.5

De acuerdo a la prestación/ Betreft Uitkeringen/	Período o fecha de vigencia/ Periode of aanvangsdatum	Importe/ Bedrag	Institución pagadora de prestaciones referentes a los puntos 4.1 a 4.5/ Debiteurorga(a)n(en) van de uitkeringen, bedoeld in de rubrieken 4.1 tot 4.5

6. Eventueel: Gegevens van de wettelijke vertegenwoordiger/ Datos del representante legal (completar sólo en caso de solicitud de una prestación argentina/ uitsluitend in te vullen in geval van een aanvraag om Argentijnse uitkeringen)					
6.1 Naam en Voornamen / Apellido y Nombres		6.2 DNI-CUIL-CUIT		6.3 Relatie met de gerechtigde/ /Relación con el titular	
6.4. Adres/ Domicilio	Straat/ Calle		Nr.	Postcode	Woonplaats Localidad Telefoon/Teléfono

B. Información relativa a los miembros de la familia del asegurado/ Inlichtingen over de gezinsleden van de verzekerde

1. Cónyuge/ Echtgeno(o)t(e)

Conviviente/ Samenwonende partner

Completar sólo en caso de solicitud de una prestación belga/ uitsluitend in te vullen in geval van een aanvraag om Belgische uitkeringen

1.1	Apellido/ Familiaanaam:
1.2	Apellido de nacimiento : Geboortenaam:
1.3	Nombre/ Voornamen:
1.4	Fecha de nacimiento/ Geboortedatum: <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/MM/AAAA – DD/MM/JJJJ) País de nacimiento/ Geboorteland:.....
1.5	Dirección/ Adres:.....
1.6	El cónyuge/ De echtgeno(o)t(e)/ partner <input type="checkbox"/> ejerce/ oefent een <input type="checkbox"/> no ejerce/ oefent geen una actividad profesional/ beroepsactiviteit uit
1.7	En caso afirmativo, monto de los ingresos/ Zo ja, bedrag van het inkomen <input type="checkbox"/> mensual/ per maand <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/ De echtgeno(o)t(e)/partner <input type="checkbox"/> Presenta una solicitud de <u>prestación</u> / heeft een pensioenaanvraag ingediend <input type="checkbox"/> como asalariado/ als werknemer <input type="checkbox"/> como funcionario/ als ambtenaar <input type="checkbox"/> como independiente/ als zelfstandige <input type="checkbox"/> Es titular de una prestación/ is pensioengerechtigd <input type="checkbox"/> No es titular de una <u>prestación</u> / is niet pensioengerechtigd

En caso afirmativo/ Zo ja,

1.9 Naturaleza de la prestación/ Aard van het pensioen:.....

1.10 Número de beneficio/ Pensioennummer:

1.11 Institución responsable/ Debiteurorgaan

1.12 Importe mensual/ Maandelijks bedrag . euro/peso (*)

1.13 El cónyuge/ De echtgeno(o)t(e)/partner

es beneficiario de otras prestaciones sociales/ geniet andere sociale uitkeringen

desempleo/ werkloosheid enfermedad/ ziekte

invalidez/ invaliditeit otras/andere

No es beneficiario de otras prestaciones/ geniet geen andere uitkeringen

1.14 Institución pagadora/ Debiteurorgaan:.....

1.15 Fecha de alta/ Begindatum - - (DD/MM/AAAA – DD/MM/JJJJ)

1.16 Monto mensual/ Maandelijks bedrag . euro/peso (*)

2. Hijos que viven con el asegurado/ Kinderen die bij de verzekerde wonen

Apellido/Familienaam	Nombre/Voornamen	País y fecha de nacimiento/ Land en geboortedatum
1.....
.....
.....
.....
2.....
.....
.....
.....
3.....
.....
.....
.....
4.....
.....
.....

.....

3. Datos relativos a los hijos del asegurado /Inlichtingen over de kinderen van de verzekerde (completar sólo para residentes en Argentina y en caso de solicitud de una prestación argentina/uitsluitend in te vullen voor de inwoners van Argentinië en uitsluitend in geval van een aanvraag om Argentijnse uitkeringen)

Apellidos/Familienamen	Nombres/Voornamen	Fecha y Lugar de Nacimiento (dd/mm/aaa). Volume.Boek.Folio Geboortedatum en -plaats (dd/mm/jjjj)			Doc.: Tipo y N° País Emisor Identiteitsbewijs: Type en Nr. Uitreikend land	Incapacitado Ongesc hikt (Sí/No - Ja/neen)	Escolaridad Opleidingsniveau (Sí/no - Ja/neen)
		T	L	F			
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					
		___/___/___					

4. Ascendientes y otros miembros de la familia que viven con el asegurado /Ascendenten en andere gezinsleden die bij de verzekerde inwonen

Apellido/Familienaam	Nombre/Voornamen	País y fecha de nacimiento/ Geboorteland en -datum	Vínculo de parentesco/ Verwantschapsband
.....
.....
.....
.....
.....
Observaciones/ Opmerkingen.....			
.....			

Ik verklaar op erewoord dat alle antwoorden in dit formulier volledig en correct zijn. Ik weet dat ten onrechte uitbetaalde bedragen zullen worden teruggevorderd en dat ik strafrechtelijk zal worden vervolgd in geval van oplichting en vervalsing van documenten. Ik verbind mij ertoe de instelling waarnaar ik dit formulier stuur, op de hoogte te brengen van elke wijziging in een van de bovenstaande gegevens /

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 (lugar y país)/ Gedaan te (plaats en land)

□ □ - □ □ - □ □ □ □ (DD/MM/AAAA – DD/MM/JJJJ)

Firma del solicitante/Handtekening van de aanvrager

Los datos de la persona están acordes con los documentos originales/ De persoonlijke gegevens zijn conform de originele documenten

ARGENTINIË/ARGENTINA

BELGIË/BELGICA

De verantwoordelijke van de instelling/ El responsable
de la institución

Namens de instelling/ Por la Administración
general

Handtekening/Firma: _____

Handtekening/Firma: _____

E-mail contactpersoon/E-mail de contacto:

E-mail contactpersoon/E-mail de contacto:

Stempel/ Sello:

Stempel/ Sello:

() Schrapen wat niet past*

*(**) Gelieve een recente loonfiche (werknemers) toe te voegen*

*(***) Gelieve een recente loonfiche (werknemers) toe te voegen of een kopie van de laatste belastingaangifte (zelfstandige) van de partner/echtgenoot*