

SEGURIDAD SOCIAL SÉCURITÉ SOCIALE	CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL 13 DE MAYO DEL 2010 ENTRE ARGENTINA Y LUXEMBURGO CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE DU 13 MAI 2010 ENTRE L'ARGENTINE ET LE LUXEMBOURG	ARG/LUX 6
--	---	------------------

Convenio de Seguridad Social del 13 de Mayo del 2010 entre Argentina y Luxemburgo
Convention de Sécurité Sociale du 13 mai 2010 entre l'Argentine et le Luxembourg

FORMULARIO DE SOLICITUD INVALIDEZ
FORMULAIRE DE DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

Artículo 11-19 del Convenio / *Articles 11 à 19 de la Convention*
 Artículo 7 del Acuerdo Administrativo / *Articles 7 de l'Arrangement administratif*

Expediente en Argentina N° / <i>N° dossier en Argentine</i>	
Expediente en Luxemburgo N° / <i>N° dossier au Luxembourg</i>	

Fecha de Solicitud / *Date de la demande*

--	--	--	--	--	--

Este formulario debe ser completado por el solicitante y la institución competente del país donde reside del solicitante. También es necesario adjuntar cualquier documento relacionado con la carrera del solicitante de seguro de la otra Parte Contratante. *Ce formulaire doit être complété par le demandeur et l'institution compétente de la Partie contractante où réside le demandeur. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière d'assurance du demandeur dans l'autre Partie contractante.*

1. INSTITUCIÓN DESTINATARIA / INSTITUTION DESTINATAIRE

- 1.1 Denominación / *Dénomination* :
- 1.2 Dirección / *Adresse* :
- Correo Electrónico / *Adresse électronique*

2 DATOS RELATIVOS AL ASEGURADO / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

- 2.1 Apellido / *Nom*
.....
- 2.2 Nombre / *Prénoms*
.....
- 2.3 Lugar de Nacimiento / *Lieu de naissance* :
- 2.4 Fecha de Nacimiento / *Date de naissance* ____ / ____ / ____
- 2.5 Sexo / *Sexe* : M F
- 2.6 Nacionalidad / *Nationalité* :
- 2.7 Estado Civil / *Etat civil* :
 soltero(a) / *célibataire* casado(a) / *marié(e)* viudo(a) / *veuf(ve)* divorciado(a) / *divorcé(e)*
 separado(a) / *séparé(e)* conviviente / *cohabitant*

- 4.1 Fecha de inicio de la incapacidad / *Date à laquelle a été fixé le début de l'invalidité* : ____ / ____ / _____
- 4.2 El solicitante / *Le demandeur*
- ejerce una actividad laboral / *exerce une activité professionnelle*
- no ejerce una actividad laboral / *n'exerce plus d'activité professionnelle*
- asalariada / *salariée*
- independiente / *non salariée*
- 4.3 Fecha de cese de la actividad laboral / *Date de cessation de l'activité professionnelle* :
- asalariada / *salariée* independiente / *non salariée* ____ / ____ / _____
- 4.4 Monto del ingreso laboral / *Montant du revenu professionnel* anual/ *annuel* mensual/ *mensuel* :
-
- 4.5 La solicitante no tiene ingresos. / *Le demandeur déclare n'avoir aucun revenu.*
- 4.6 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.*
- 4.7 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.*
- 4.8 La invalidez / *L'invalidité* es resultado / *résulte* no es resultado / *ne résulte pas*
de un accidente no laboral. / *d'un accident non professionnel.*
- 4.9 Desde del inicio de la incapacidad de trabajo, el solicitante
Depuis le début de son incapacité de travail, le demandeur
- se ha sometido a una rehabilitación laboral / *a été soumis à une rééducation professionnelle.*
- no se ha sometido a una rehabilitación laboral / *n'a pas été soumis à une rééducation professionnelle.*
- En caso afirmativo, indicar / *Dans l'affirmative, indiquer*
- 4.10 para cualquier actividad / *en vue de quel emploi*
- 4.11 Empleador para el cual ocupa el nuevo puesto / *l'employeur pour lequel il a occupé ce nouvel emploi:*
- Nombre o razón social / *Nom ou raison sociale*
-
- Dirección / *Adresse*
-
- 4.12 la fecha de inicio y cese de la relación laboral / *la date du début et de la fin de cet emploi*
desde / *du* ____ / ____ / _____ hasta / *au* ____ / ____ / _____

5	El solicitante <i>Le requérant</i>	ha solicitado las siguientes prestaciones <i>a demandé les prestations suivantes</i>	es beneficiario de las siguientes prestaciones <i>bénéficie des prestations suivantes</i>
5.1	Continuación de pago de salario en caso de enfermedad <i>Continuation du paiement du salaire en cas de maladie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Indemnización del seguro de enfermedad por incapacidad laboral <i>Indemnités de l'assurance maladie pour incapacité de travail</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Prestación de invalidez / <i>Pension d'invalidité</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Prestación de vejez / <i>Pension de vieillesse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Prestación de sobreviviente / <i>Pension de survivant</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Renta de accidente de trabajo o enfermedad profesional <i>Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	Prestación por desempleo o jubilación anticipada <i>Prestation de chômage ou de préretraite</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Prestaciones familiares / <i>Prestations familiales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	Reembolso de cotizaciones / <i>Remboursement de cotisations</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	Otros / <i>Autres</i>		
5.11	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>
	5. _____	_____	_____
	5. _____	_____	_____
	5. _____	_____	_____
5.12	Institución gestora de la prestación : Denominación / <i>Institution débitrice de la prestation: Dénomination</i>		

6	Identificación Bancaria (Aplicable a Luxemburgo) / <i>Identification bancaire (applicable au Luxembourg)</i>	
6.1	Nombre y apellido del titular <i>Noms et prénoms du titulaire</i>
6.2	Denominación del Banco <i>Dénomination de la banque</i>
6.3	Dirección del Banco <i>Adresse de la banque</i>
6.4	Código bancario BIC <i>Code bancaire BIC</i>
6.5	Cuenta bancaria IBAN y/o Código SWIFT <i>Compte bancaire IBAN et /ou SWIFT Code</i>

**7. DEBE FIRMARSE EN CASO DE SOLICITAR UNA PRESTACION POR INVALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION ARGENTINA
A SIGNER EN CAS DE DEMANDE D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ EN VERTU DE LA LÉGISLATION ARGENTINE**

METODO DE PAGO DEL BENEFICIO / MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

En el caso de no residir en el Estado Argentino y desear percibir sus haberes en el estado de residencia, usted deberá otorgar poder para percibir a favor de una Entidad Bancaria o a una persona física residente en Argentina. A tal fin deberá cumplimentar el formulario Carta Poder, anexo al presente, que deberá estar firmado por el/la titular y certificado por autoridad competente. Luego deberá enviarlo al Organismo de Enlace Argentino (ANSES). Se informa que en los datos del titular se debe consignar el número de DNI Argentino (solicitado en caso de corresponder) o documento extranjero.

En caso de elegir una entidad bancaria consultar el listado de Bancos autorizados en la web de ANSES y los procedimientos según banco correspondiente.

En caso de elegir una persona física quienes pueden ser apoderados para percibir son los siguientes: "el/la cónyuge, parientes por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el tercer grado, abogado o procurador." El apoderado deberá residir en el estado Argentino.

En cas de ne pas être résident de l'Argentine et de souhaiter recevoir ses prestations dans l'Etat de résidence, vous devrez donner mandat de recevoir en faveur d'une institution bancaire ou d'une personne physique résidente de l'Argentine. A cet effet, le formulaire de mandat annexé à ce document devra être rempli par le/la titulaire et dûment légalisé. Il sera par la suite envoyé à l'organisme de liaison argentin (ANSES). Il est en outre précisé que le numéro national d'identité (DNI) argentin ou document étranger devra y apparaître (demandé le cas échéant).

Au cas de faire le choix d'une institution bancaire, prière de consulter sur le web ANSES la liste des banques autorisées et les procédures de chacune.

Au cas de faire le choix d'une personne physique, les personnes pouvant être mandataires sont les suivantes : « le/la conjointe, les membres de la famille jusqu'au quatrième degré de consanguinité ou troisième d'affinité, ou un avocat. Le mandataire doit être résident en Argentine.

8. Observaciones / Observations

.....
.....
.....

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, 292 del Código Penal argentino para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Le présent formulaire est une déclaration sur l'honneur, qui doit être remplie sans omissions et sans fausses indications, les infracteurs étant passibles des peines prévues aux articles 172, 275 et 292 du Code Pénal argentin pour les crimes de fraude et de faux en document.

Fecha de solicitud / Date de la demande

Firma del solicitante / Signature du demandeur

.....

.....

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel de los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indican, y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Je certifie que les données personnelles du demandeur figurant dans le présent formulaire, sont la copie conforme de celles figurant dans les documents d'identité, qui dans chaque cas sont indiqués, et que j'ai vérifiés, et que la signature y figurant a été apposée en ma présence.

Firma y Sello del Funcionario Operativo / Signature et Cachet du fonctionnaire habilité

.....

**9. DEBE FIRMARSE EN CASO DE SOLICITAR UNA PRESTACION POR INVALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION LUXEMBURGUESA
A SIGNER EN CAS DE DEMANDE D'UNE PENSION DE SURVIVANT EN VERTU DE LA LEGISLATION LUXEMBOURGEOISE**

Declaro tener conocimiento de que las informaciones falsas o la falta de respuesta a las preguntas de la presente solicitud, que originen la asignación o a la continuación en el pago de prestaciones indebidas darán lugar a la devolución de los importes en cuestión, sin perjuicio de las sanciones penales contempladas en la ley.
Confirmando 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*

.....

.....

**10 Institución emisora / *Institution d'instruction* Informe de los periodos de seguro ARG/LUX 7 anexa
*Relevé des périodes d'assurance ARG/LUX 7 joint en annexe***

10.1 Denominación / *Dénomination*

10.2 Dirección / *Adresse*

Correo Electrónico / *Adresse électronique* :

10.3 Sello / *Cachet*

10.4 Fecha / *Date*

10.5

Firma / *Signature*