

Convention de Sécurité Sociale du 22 septembre 2008 entre l'Argentine et la France
Convenio de Seguridad Social del 22 de septiembre del 2008 entre la Argentina y Francia

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE ET DE SURVIVANT
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACION POR VEJEZ SOBREVIVENCIA

Article 22 de la Convention - Artículo 22 del Convenio

Article 12 de l'Arrangement Administratif - Artículo 12 del Acuerdo Administrativo

Dossier N°/ Expediente N°

Date de la demande/ Fecha de solicitud

Date postérieure*/ Fecha posterior*

* Date postérieure éventuellement demandée par le requérant pour percevoir sa pension de vieillesse (en vertu de la législation française)/ Fecha posterior eventualmente solicitada por el peticionante para la percepción de la pensión por vejez (según la legislación francesa)

Ce formulaire doit être complété par le demandeur de la pension puis envoyé à l'institution argentine/française compétente pour l'instruction de sa demande; institution qui devra à son tour, joindre les formulaires FR/ARG 03 - SE 415 03 et FR/ARG 04 - SE415 04.

Este formulario debe ser cumplimentado por el solicitante de prestación y enviado a la institución Argentina/Francesa competente para tramitar su solicitud, la cual deberá a su vez adjuntar los formularios ARG/FR 03 - SE415 03, Y ARG/FR 04 - SE415 04.

Pension de vieillesse/ Retraite ordinaire/ Prestación por vejez/ Jubilación ordinaria
Retraite pour âge avancé/ Jubilación por edad avanzada
Pension de survivant/ Pensión por fallecimiento/ Sobrevivencia
Validation de services/ Reconocimiento de servicios (applicable à la législation argentine/ aplicable a la legislación argentina)

1 – Renseignements concernant l'assuré/ Datos Relativos al asegurado

Nom de famille paternel/ Apellido paterno :	Nom de famille maternel/ Apellido materno :	Nom de naissance/ Apellido de nacimiento :	Prénoms/ Nombres :			
.....			
Prénom du père/ Nombre del padre :		Prénom de la mère/ Nombre de la madre :				
.....					
Localité/ Localidad :	État/Province/Département/ Estado/Provincia/Departamento :	Pays/ País :				
Lieu de naissance/ Lugar de nacimiento :	.....	.....		
Date de naissance/ Fecha nacimiento :	Sexe/ Sexo : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Nationalité/ Nacionalidad :	DNI/cuil/cuit argentin/ DNI/cuil/cuit argentino :	N° d'identification français/ N° de identificación francesa :				
.....				
État civil/ Estado civil :	Célibataire/ Soltero	Marié depuis le/ Casado desde el	Veuf depuis le/ Viudo desde el	Divorcé depuis le/ Divorciado desde el	Séparé depuis le/ Separado desde el	Cohabitant depuis le/ Conviviente desde el
.....

Dates d'entrée et de sortie de la République Argentine/ Fechas de entrada y salida a la Republica Argentina :			
Adresse/ Dirección :..... Rue/ Calle :	N°	Étage/ Piso	Localité/ Localidad :
CP :	Province/ État/Département/ Provincia/Estado/Departamento :	Pays/ País :	
N° de téléphone/ N° de teléfono :		E-mail/ Correo electrónico :	
Percevez-vous un autre avantage ? : <input type="checkbox"/> oui/ <input type="checkbox"/> non Percibe otro beneficio?: si/ no	Si oui, indiquer le n° de l'avantage et l'organisme qui l'a attribué/ En caso afirmativo indicar n° de beneficio y organismo otorgante :		

2 – Renseignements complémentaires concernant la demande de pension (pension personnelle)/ Informaciones complementarias vinculadas a la solicitud de prestación (prestación personal)

2.1	<p>Vous êtes âgé de moins de 65 ans et vous déclarez faire la demande à l'un des titres énoncés ci-après : Usted tiene menos de 65 años y declara presentar la solicitud bajo alguno de los títulos enunciados a continuación :</p> <p><input type="checkbox"/> Inapte au travail/ Inapto para trabajar</p> <p><input type="checkbox"/> Ancien combattant ou ancien prisonnier de guerre/ Ex- combattente o prisionero de guerra</p> <p><input type="checkbox"/> Interné, déporté politique ou de la résistance/ Internado, deportado político o de la resistencia</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvrière, mère de trois enfants/ Obrera, madre de 3 tres hijos</p>
2.2	<p><input type="checkbox"/> vous exercez une activité usted ejerce una actividad</p> <p style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> salariée asalariada</p> <p style="margin-left: 500px;"><input type="checkbox"/> non salariée no asalariada</p> <p><input type="checkbox"/> vous n'exercez plus d'activité/ Usted no ejerce ninguna actividad</p> <p>Depuis le/ Desde el :</p>

3 – Renseignements complémentaires concernant la personne assurée/ Datos complementarios de la persona asegurada

<input type="checkbox"/> vous êtes/ usted es	<input type="checkbox"/> vous n'êtes pas/ usted no es
Titulaire d'une ou plusieurs pensions ou rentes françaises/argentine (autre que retraite complémentaire) Titular de una o más prestaciones o rentas francesas/argentinas (que no sean prestaciones complementarias)	
Le cas échéant, nature de la pension ou de la rente :	
Si fuera el caso, naturaleza de la prestación o renta	
Numéro de la pension ou de la rente/ Numero de la prestación o renta :	
Date d'attribution/ Fecha de otorgamiento :	
Organisme débiteur/ Organismo pagador :	

4 – A compléter en cas de décès de l'assuré/ Completar en caso de fallecimiento de un asegurado

Date du décès/ Fecha de fallecimiento :		Lieu du décès (localité/ Pays)/ Lugar de fallecimiento (localidad/ País) :			
N° du certificat de décès/ N° de certificado de defunción :	Tome/ Tomo	Livre/ Libro :	Feuillet/ Folio :	Date de délivrance/ Fecha de expedición :	
<input type="checkbox"/> Était titulaire d'une prestation ou d'un avantage de sécurité sociale/ Era titular de una prestación o beneficio previsional					
<input type="checkbox"/> Avait demandé une prestation ou un avantage de sécurité sociale/ Había solicitado una prestación o beneficio previsional					
Type de prestation ou d'avantage/ Tipo de prestación o beneficio :					
Organisme qui l'a attribué/ Entidad otorgante :					
Pays/ País :					
N° d'identification de la prestation ou de la demande/ N° de identificación de la prestación o solicitud :					
Date initiale de perception/ Fecha de cobro inicial :					
Dernier montant mensuel (montant et date)/ Ultima cuantía mensual (monto y fecha) :					

5 – Renseignements relatifs au conjoint - au cohabitant/ Datos relativos al cónyuge - conviviente

Nom de famille paternel/ Apellido paterno :		Nom de famille maternel/ Apellido materno :		Nom de naissance/ Apellido de nacimiento :		Prénoms/ Nombres :	
Prénom du père/ Nombre del padre :				Prénom de la mère/ Nombre de la madre :			
Localité/ Localidad :			État/Province/Département/ Estado/Provincia/Departamento :			Pays/ País :	
Lieu de naissance/ Lugar de nacimiento :							
Date de naissance/ Fecha nacimiento :				Sexe/ Sexo : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Nationalité/ Nacionalidad :		N° d'identification français/ N° de identificación francesa :					
		DNI/CUIL/CUIT argentin/ DNI/CUIL/CUIT argentino :					
État civil/ Estado civil :	Célibataire/ Soltero	Marié depuis le/ Casado desde el	Veuf depuis le/ Viudo desde el	Divorcé depuis le/ Divorciado desde el	Séparé depuis le/ Separado desde el	Cohabitant depuis le/ Conviviente desde el	
N° d'affiliation ou de sécurité sociale/ N° de Afiliación o Seguro :							
Adresse/ Dirección :				N°	Étage/ Piso	Localité/ Localidad :	
Rue/ Calle :							
CP :	Province/ État/Département/ Provincia/Estado/Departamento :					Pays/ País :	
N° de téléphone/ N° de teléfono :				E-mail/ Correo electrónico :			
Perçoit-il un autre avantage ? Percibe otro beneficio?				Si oui, indiquer le numéro de l'avantage et l'organisme qui l'a attribué/ En caso afirmativo indicar n° de beneficio y organismo otorgante :			
<input type="checkbox"/> Oui/ Si <input type="checkbox"/> Non/ No							

**6 - Renseignements complémentaires concernant le conjoint (applicable à la législation française)
 Datos complementarios del cónyuge (aplicable a la legislación francesa)**

A compléter, s'il s'agit d'une demande de pension personnelle, en vue de l'examen des droits à une majoration pour conjoint à charge

A completar si se trata de una solicitud de prestación personal, en virtud del examen de derechos a una mejora por cónyuge a cargo.

A-t-il disposé de ressources (y compris de salaires) au cours des trois mois civils précédant cette demande ?
 Dispone de recursos (incluyendo salarios en el curso de los tres meses civiles previo a esta solicitud) ?

Oui/ Si Non/ No

Montant/ Monto : Euros Pesos argentins/ Pesos argentinos

Perçoit-il une pension personnelle ?/ Percibe una prestación a titulo personal ?

Oui/ Si Non/ No

Montant/ Monto : Euros Pesos argentins/ Pesos argentinos

**7 - A compléter s'il s'agit d'une demande de pension de réversion (applicable à la législation française)
 A completar si se trata de una prestación de reversión (aplicable a la legislación francesa)**

7.1 - Salaires ou revenus de remplacement/ Salarios o ingresos de reemplazo

Avez-vous été salarié au cours des 3 ou 12 mois précédant la présente demande ou la date de décès de l'assuré ?
 Estuvo o fue usted asalariado durante los 3 o 12 meses previos a la presente solicitud o a la fecha de deceso del asegurado ?

Oui/ Si Non/ No

Si oui, indiquer le montant total des salaires/ En caso afirmativo, indique el monto total de los salarios :

	Total pour les 3 mois Total para los 3 meses	Total pour les 12 mois Total Para los 12 meses
Précédant cette demande Previos a esta solicitud
Précédant le décès Previos al fallecimiento

Les montants mentionnés ci-dessus sont exprimés en/ Los montos mencionados anteriormente son expresados en :

Euros Pesos argentins/ Pesos argentinos

Avez-vous bénéficié de revenus de remplacement au cours des 3 mois précédant la présente demande ou la date de décès de l'assuré ?/ Se ha usted beneficiado de ingresos de reemplazo dentro de los últimos 3 meses previos a la presente solicitud o a la fecha de fallecimiento del asegurado ?

Indemnités de l'assurance maladie et allocations de chômage/ Indemnizaciones del seguro por enfermedad y prestaciones de desempleo :

Oui/ Si Non/ No

Si oui, indiquer le montant des indemnités de l'assurance maladie et (ou) des allocations de chômage :
 En caso afirmativo indique el monto de las indemnizaciones del seguro de enfermedad y prestaciones de desempleo :

	Total pour les 3 mois Total para los 3 meses	Total pour les 12 mois Total Para los 12 meses
Précédant cette demande Previos a esta solicitud
Précédant le décès Previos al fallecimiento

Les montants mentionnés ci-dessus sont exprimés en/ Los montos mencionados anteriormente son expresados en :

Euros Pesos argentins/ Pesos argentinos

7.2 - Pension, retraites et rentes/ Prestaciones, retiros y rentas

Percevez-vous ou avez-vous demandé à titre personnel ou à titre de réversion/ Percibe usted o ha solicitado a título personal o a título de reversión :

Une pension d'invalidité/ Una prestación de invalidez : Oui/ Si Non/ No

Des rentes, pension, retraites ? (y compris des retraites complémentaires) : Oui/ Si Non/ No
Rentas, prestaciones, retiros (incluyendo prestaciones complementarias)

Si oui, compléter les zones ci-dessous/ Caso afirmativo completar las zonas a continuación.

Pensions reçues à titre personnel/ Prestaciones recibidas a título personal :

Nom de l'organisme Nombre del organismo	.....
Adresse de l'organisme Dirección del organismo	.....
Date d'attribution Fecha del otorgamiento	.....
Montant mensuel actuel Monto mensual actual <input type="checkbox"/> Euros <input type="checkbox"/> Pesos argentins/ Pesos argentinos

Pensions reçues à titre de réversion/ Prestaciones recibidas a título de reversión

Nom de l'organisme Nombre del organismo	.....
Adresse de l'organisme Dirección del organismo	.....
Date d'attribution Fecha del otorgamiento	.....

7.3 - Autres ressources/ Otros recursos

Avez-vous des ressources autres que celles déclarées ci-dessus ? Oui/ Si Non/ No

Tiene usted recursos además de aquellos declarados en ítems anteriores?

Si oui, préciser la nature et les montants de ces ressources/ Caso afirmativo, precisar la naturaleza y montos de tales recursos

	Total pour les 3 mois Total para los 3 meses	Total pour les 12 mois Total Para los 12 meses
Nature/ Naturaleza
Précédant cette demande/ Previos a la presente solicitud
Précédant le décès Previos al fallecimiento

Les montants mentionnés ci-dessus sont exprimés en/ Los montos mencionados anteriormente son expresados en :

Euros Pesos argentins/ Pesos argentinos

7.4 – Biens (à l'exclusion de la maison d'habitation)/ Bienes (excluyendo la casa en la que habita)

Le conjoint est-il propriétaire de biens (maisons, terrains, titres, actions, obligations...) autres que ceux de la succession ?
 El cónyuge es propietario de bienes (casas, terrenos, títulos, acciones, obligaciones...) además de lo que figura en la sucesión?

Oui/ Si Non/ No

Si oui, compléter les cadres ci-dessous/ En caso afirmativo, complete las zonas a continuación :

Nature des biens/ Naturaleza de los bienes	.....
Valeur actuelle/ Valor actual <input type="checkbox"/> Euros <input type="checkbox"/> Pesos argentins/ Pesos argentinos
Adresse des terrains ou des maisons/ Dirección de los terrenos o del las casas	.....

Avez-vous fait donation de biens personnels ?/ Ha usted donado bienes personales ?

Oui/ Si Non/ No

Si oui, compléter les cadres ci-dessous/ En caso afirmativo, complete los siguientes recuadros :

Nature des biens/ Naturaleza de los bienes	.....
Date de l'acte de donation/ Fecha del acto de donación	.....
Valeur actuelle/ Valor actual <input type="checkbox"/> Euros <input type="checkbox"/> Pesos argentins/ Pesos argentinos
Adresse des terrains ou des maisons/ Dirección de los terrenos o del las casas	.....

Lien de parenté du bénéficiaire avec le donateur/ Vínculo de parentesco del beneficiario con el donante	...............

8 – Renseignements relatifs aux membres de la famille et assimilés de l'assuré (pour la France les enfants/ para la Francia los hijos)/ Datos relativos a los familiares y asimilados del asegurado

Noms de famille Apellidos	Prénoms/ Nombres	Date et lieu de naissance/ Fecha y lugar de nacimiento	Pièce d'identité : Type et N° Pays émetteur Doc. : Tipo y N° País emisor	A charge financièrement Depende económicamente	Lien de parenté Parentezco	Inapte Incapit ado	Cohabitation avec l'assuré* Convivenc. c/ el aseg.*	Niveau scolaire Escolaridad
.....	du/ desde au/ hasta .....	.....	.....	.....	.....
.....	du/ desde au/ hasta .....	.....	.....	.....	.....
.....	du/ desde au/ hasta .....	.....	.....	.....	.....
.....	du/ desde au/ hasta .....	.....	.....	.....	.....
.....	du/ desde au/ hasta .....	.....	.....	.....	.....
.....	du/ desde au/ hasta .....	.....	.....	.....	.....
.....	du/ desde au/ hasta .....	.....	.....	.....	.....
.....	du/ desde au/ hasta .....	.....	.....	.....	.....

* Dans la négative, indiquer le pays de résidence/ En caso negativo indicar país de residencia

9 – Déclaration relative aux activités/ Declaración de actividades

Employeur/ Empresa	N° d'affiliation d'Inscription CUIT/ N° de Afiliación Inscripción/CUIT	Adresse/ Dirección	Pays/ País	Branche d'activité Actividad	Périodes/ Periodos		Organisme de gestion Dénomination Entidad gestora denominación
					du/ desde	au/ hasta	
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10 – Modalité de paiement choisie par le requérant/ Modo de pago elegido por el solicitante

10.1 Pour la France/ Para Francia

10.1.1 Compte bancaire, joindre un RIB avec le code IBAN
Cuenta bancaria, adherirse a un RIB con un código IBAN

10.1.2 Autre modalité de paiement/ Otro modo de pago :.....

10.2 Pour l'Argentine/ Para la Argentina

10.2.1 Pouvoir donné à l'organisme bancaire pour la perception
Poder para percibir otorgado a una entidad bancaria

10.2.2 Pouvoir donné à une personne physique pour la perception
Poder para percibir otorgado a una persona física

**11 – Renseignements relatifs au fondé de pouvoir ou au représentant légal pour l'instruction (s'il y a lieu)
Datos relativos al apoderado o representante legal para tramitar (si corresponde)**

Nom de famille paternel/ Apellido paterno :		Nom de famille maternel/ Apellido materno :		Prénoms/ Nombres :		DNI/CUIL/CUIT :	
Adresse/ Dirección : Rue/ Calle :				N°	Étage/ Piso	Localité/ Localidad :	
CP :	Province/ État/Département/ Provincia/Estado/Departamento :			Pays/ País :			
N° de téléphone/ N° de teléfono :				E-mail/ Correo electrónico :			

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à fournir toutes les informations requises pour les vérifier.

Doy fe de la exactitud de las presentes declaraciones y me comprometo a facilitar todas las informaciones que se requieran para verificar.

Date/ Fecha :

Fait à/ Hecha en

Signature du requérant/ Firma del solicitante

Signature et cachet de l'agent qui reçoit la
demande/ Firma y sello del funcionario operativo