

הנדון: הגשת תביעה לקיצבת שאירים מאורגוואי

אנו משתתפים בצערך על פטירת אשתך.

מצורף בזה טופס תביעה לקיצבת שאירים מאורגוואי. לשם העברת טופס התביעה למוסד לביטוח סוציאלי באורגוואי, נבקשך:

1. למלא בספרדית את הטופס המצורף. נא להקפיד על כתב יד ברור.
2. לחתום על הטופס במקום המיועד לחתימת התובע.

נא להחזיר את טופס התביעה החתום אלינו בצירוף המסמכים הבאים:

- העתק של תעודת הזהות שלך מאורגוואי (או צילום של דרכון מאורגוואי).
- העתק של תעודת הפטירה של המנוחה.
- "תמצית רישום אוכלוסין" ממשרד הפנים, שבה מצויין כי המנוחה היתה נשואה לך ביום הפטירה.
- העתק של מסמך מאת ה-BANCO DE PREVISION SOCIAL (המוסד לביטוח סוציאלי באורגוואי) שבו מצויין מספר התיק של המנוחה אצלם.

BTL.GOV.IL

For correspondence only:

National Insurance Institute

International Affairs

217, Jaffa Street

Jerusalem 9199908, Israel

טל: 04-8812345

972-8-9369669

פקס: 02-6512683

פנו אלינו: www.btl.gov.il

למכתבים בלבד:

המוסד לביטוח לאומי

קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות

רחוב יפו 217

ירושלים 9199908



**Convenio de Seguridad Social entre la
República Oriental del Uruguay y el Estado de Israel
Agreement on Social Security between the
Oriental Republic Uruguay and the State of Israel**

Formulario de solicitud de pensión por sobrevivencia por aplicación del Convenio de Seguridad Social.

Claims Form for Survivors' Pension According to the Agreement on Social Security.

Uruguay - N° Exped./File Nr.:	
Israel - N° Exped./File Nr.:	

1) Organismo de Enlace/Liaison body:	
	Dirección/Address:

2) Datos relativos al solicitante/Personal Data of the Claimant.

Nombre completo/Full name:			
Otros nombres utilizados actualmente o en el pasado (por ej. Nombre de soltera)/Other names used now or in the past (e.g. Name before marriage):			
Nombre del padre/Father's first name:			
Nombre de la madre/Mother's first name:			
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:			
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:			
Pasaporte N° / Passport Nr:		emitido por/issued by:	
Fecha de nacimiento/Date of birth:			
Lugar de nacimiento/Place of birth:			
Estado civil/Marital status:		desde/since:	
Anterior estado civil/Previous marital status:		desde/from to:	
Sexo/Sex:	M:	F:	
Fecha de inmigración a Israel/Immigration date to Israel:			
Ultimo domicilio del causante/Last address of the deceased:			
Domicilio del Solicitante/Address of the Claimant:			
A.F.A.P. Elegida en Uruguay/Selected A.F.A.P. in Uruguay:			

3) Información referente al fallecido/Details concerning deceased.

Nombre completo/Full name:	
Fecha de fallecimiento/Date of death:	
Causa del Fallecimiento/Cause(s) of death:	
Lugar de fallecimiento/Place of death:	

Indique períodos de estadía en el exterior superiores a 12 meses, posteriores a la inmigración a Israel/State periods of stay abroad exceeding 12 months after immigration to Israel.

[illegible]

Nombre completo/Full name:									
Otros nombres utilizados actualmente o en el pasado (por ej. Nombre de soltera)/Other names used now or in the past (e.g. Name before marriage):									
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:									
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:									
Pasaporte N° / Passport Nr:						emitido por/issued for:			
Sexo/Sex:	M:		F:						
Fecha de nacimiento/Date of birth:									
Fecha de inmigración a Uruguay/Immigration date to Uruguay:									
Fecha de inmigración a Israel/Immigration date to Israel:									
Dirección/Address:									

6) Datos relativos a hijos menores de 22 años/Personal data of children under age 22 years.

Nombre/Name.											
Fecha de nacimiento/Date of birth:											
Sexo/Sex:		M:		F:							
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:											
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:											
Nombre/Name.											
Fecha de nacimiento/Date of birth:											
Sexo/Sex:		M:		F:							
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:											
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:											
Nombre/Name.											
Fecha de nacimiento/Date of birth:											
Sexo/Sex:		M:		F:							
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:											
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:											
Hijos que hayan alcanzado los 18 años de edad * /Children, who have reached the age of 18 *: * y que estén estudiando o en el servicio militar. Indicar el nombre de la institución de enseñanza o el tipo de servicio militar (servicio militar común, servicio nacional, reservas académicas, pre-entrenamiento militar, servicio militar voluntario)/ * and are presently studying or in the military service. Please list names of educational institutions or kind of military service (regular military service, national service, academic-reserves, premilitary training, voluntary military service).											

7) Datos relativos al pago de la prestación/Data concerning benefit payment.

Solicito que el pago de los haberes que me correspondan se transfieran a la siguiente cuenta bancaria:/Please transfer the payments due to me to the following bank account:	
Nombre del Banco/Name of Bank:	
Sucursal/Branch:	
Dirección del Banco/Bank address:	
N° de cuenta/Account number (incluyendo Número de Banco y de sucursal/including Bank Number and branch number):	
Cuenta a nombre de:/The account is in the name of:	

9) Más información respecto del fallecido/Further information concerning the deceased.

	Si/Yes	No/No
Recibía alguna pasividad del National Insurance Institute de Israel?/Received a pension from the National Insurance Institute of Israel?		
Recibía alguna prestación del Ministerio de Defensa de Israel?/Received payments from the Ministry of Defense of Israel?		
Al momento de su fallecimiento, servía en la Policía o en una Institución Militar?/At the time of his/her death, served he/she in the Army or the Police?		
Recibía alguna pasividad de la Seguridad Social de Uruguay?/Received a pension from the Social Security of Uruguay?		

10) Más información referente al/a la viudo/a/Further information concerning the widow/widower.

	Si/Yes	No/No	Desde/Since		
Estaba casado con el/la fallecido/a (o vivía en concubinato)?/I was married to the deceased (or was his/her lifetime partner)					
Estaba separado del causante?/I was separated from the deceased					
Está recibiendo alguna prestación de Seguridad Social?/I presently receive a pension from the Social Security					
Recibía pensión alimenticia?/I have received alimony payments					
Recibe o recibirá pagos del Ministerio de Defensa?/I receive/shall receive payments from the Ministry of Defence					
La pasividad del fallecido fue pagada con posterioridad a la defunción/The deceased pension was paid after his/her death					

11) Información referente a los ingresos del viudo/viuda/Information concerning the Income of the widow / widower.

Indique su ingreso bruto mensual y en qué tipo de moneda lo recibe. Si no tiene ingresos establecer "No"/Please give the gross monthly income and indicate type of currency (i.e. \$, DM or NIS). If you receive no income, please enter "No".					
	Otras fuentes de ingresos/Other income sources	Ingresos por capital*/Income from capital*	Pasividad (Jubilación) del exterior/(Retirement) Pension from abroad	Pasividad de Israel o Uruguay/Pension from Israel or Uruguay	Salario Mensual/Monthly Salary
Fecha (mes, año) / Date (month, year)					
Monto/Amount	\$	\$	\$	\$	\$

(*) Rentas, dividendos, intereses acumulados, ingresos por bienes raíces, Rent, Dividends, Accrued interests, Income from Real Estate.

- 12) **Información referente al solicitante que no es el/la viudo/a del/de la causante/Data concerning the claimant, provided that he/she isn't the widow/widower of the deceased.**

Nombre completo/Full name	
Parentesco/Family relationship	
Domicilio/Address	

- 13) **Razón por la cual el/la viudo/a no presentó su solicitud/The reason why the widow/widower has not submitted his/her claim.**

--

Declaración/Declaration.

Declaro que todos los datos establecidos en la presente, son exactos y completos. Tengo conocimiento que la ocultación de información así como brindar información falsa, constituyen una violación de la Ley y la Institución Gestora podrá reclamar el reembolso de las sumas pagadas indebidamente. En caso de modificación de cualquiera de los datos aportados en la presente solicitud, como ingresos, estado civil o dirección, me obligo a informarlo en forma inmediata a la Institución Gestora Competente.

I hereby declare that the particulars contained in my claim are accurate and complete. I am aware that withholding information or submission of false information constitutes an unlawful act, and that the Competent Institution may claim return of all sums paid unlawfully. If any change should occur regarding information given herein, such as details of income or family status or address I shall immediately inform to Competent Institution.

Fecha / Date:

--	--	--

Nombre / Name

Firma / Signature

Solamente para uso Oficial/For Official use only

<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Fecha de Solicitud Date of Claim				<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Fecha de Presentación Entry Date				Nombre del Funcionario Officer's Name	Firma Signature