



**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 prestación por incapacidad.

Claim Form for General-Disability Pension.

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

|                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1) Organismo de Enlace/Liaison body:</b><br><br>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 completo del padre/Father's full name:                                                                                                    |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Nombre completo de la madre/Mother's full name:                                                                                                  |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:                                                                                                |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Documento de identidad israelí/Israeli ID number:                                                                                                |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Pasaporte N° / Passport Nr:                                                                                                                      |  |    |  |  |  |    |  | emitido por/issued for: |              |        |  |  |  |
| Fecha de nacimiento/Date of birth:                                                                                                               |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Lugar de nacimiento/Place of birth:                                                                                                              |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Estado civil/Marital status:                                                                                                                     |  |    |  |  |  |    |  |                         | desde/since: |        |  |  |  |
| Sexo/Sex:                                                                                                                                        |  | M: |  |  |  | F: |  |                         |              |        |  |  |  |
| Fecha de ingreso a Israel/Immigration date to Israel:                                                                                            |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Domicilio actual/Current address:                                                                                                                |  |    |  |  |  |    |  |                         |              | CP/PC: |  |  |  |
| Fecha de emigración/Migration date:                                                                                                              |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Dirección en el extranjero anterior a la inmigración/Overseas address prior to immigration:                                                      |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Última ocupación - profesión desempeñada/Last practiced occupation-profession:                                                                   |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| Ciudadanía / Citizenship:                                                                                                                        |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |
| A.F.A.P. elegida en Uruguay/Selected A.F.A.P. in Uruguay:                                                                                        |  |    |  |  |  |    |  |                         |              |        |  |  |  |

**3) Datos relativos al cónyuge/Personal data of the Spouse.**

|                                                        |  |                         |  |
|--------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| Nombre completo del/de la cónyuge/Full name of Spouse: |  |                         |  |
| Fecha de nacimiento/Birth date:                        |  |                         |  |
| Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID Number:      |  |                         |  |
| Documento de identidad israelí/Israeli ID-Number:      |  |                         |  |
| Profesión/Occupation:                                  |  |                         |  |
| Pasaporte N° / Passport Nr:                            |  | emitido por/issued for: |  |

**4) Datos relativos a hijos menores de 18 años/Data of children under age 18 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: |    |  |    |
|                                                   |    |  |    |
| 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: |    |  |    |

[illegible]

**7) Información relativa a la incapacidad/Information regarding Disability**

|                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Fecha de la incapacidad/Date of impairment of physical condition:                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |
| Ha sido reconocido incapacitado para el trabajo? (fecha del dictámen médico). Indique si es total o parcial y establezca porcentaje/Onset of medical disability (date). Indicate if disability is total or partial and state percentage: |  |  |  |  |
| Causa de la incapacidad/Medical cause of disability:                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| ¿La invalidez es transitoria o definitiva?/Is disability permanent or transitory?                                                                                                                                                        |  |  |  |  |

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

|                                                                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Solicito que el pago de los haberes mensuales que me correspondan, se transfieran a la siguiente cuenta bancaria:/Please transfer the monthly payments due me to the following account: |  |
| Nombre del Banco/Name of Bank:                                                                                                                                                          |  |
| Sucursal/Branch:                                                                                                                                                                        |  |
| Dirección del Banco/Bank address:                                                                                                                                                       |  |
| Número de Sucursal/Branch number:                                                                                                                                                       |  |
| Número de Cuenta/Account number:                                                                                                                                                        |  |
| Cuenta a nombre de/The account is in the name of:                                                                                                                                       |  |

**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 Entidad Gestora correspondiente.*

*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 National Insurance Institute 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 the Competent Institution.*

Fecha / Date:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

---

 Nombre / Name

---

 Firma / Signature

**Solamente para uso Oficial/For Official use only**

|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                                        |                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div data-bbox="98 1344 268 1440" data-label="Form"> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="60 1496 306 1572" data-label="Text"> <b>Fecha de Solicitud</b><br/> <b>Date of Claim</b> </div> |  |  |  | <div data-bbox="427 1344 596 1440" data-label="Form"> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="362 1496 662 1576" data-label="Text"> <b>Fecha de Presentación</b><br/> <b>Entry Date</b> </div> |  |  |  | <div data-bbox="737 1496 1054 1576" data-label="Text"> <b>Nombre del Funcionario</b><br/> <b>Officer's Name</b> </div> | <div data-bbox="1236 1496 1375 1579" data-label="Text"> <b>Firma</b><br/> <b>Signature</b> </div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                                        |                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                                        |                                                                                                   |