

Convenio de Seguridad Social
Σύμβαση Κοινωνικής Ασφάλειας
Entre la Republica Uruguay y la republica Helenica
Μεταξύ της Δημοκρατίας της Ουρουγουάης και της Ελληνικής Δημοκρατίας

Solicitud de Prestacion de
Αίτηση για σύνταξη

En Uruguay - Στην Ουρουγουάη

Expediente No.
 Αρ. Φακέλου
 En Grecia - Στην Ελλάδα

1. Datos Personales Ατομικά Στοιχεία	Del Solicitante Του Αιτούντα	Del Afiliado Fallecido Του Θανόντος Ασφαλισμένου
Número de Afiliación – Αριθμός ασφάλισης		
Organismo – Ασφαλιστικός Οργανισμός		
Apellido/s y nombre/s completos Πλήρες Ονοματεπώνυμο		
Apellido de Soltera – Οικογενειακό Επώνυμο		
Fecha de Nacimiento – Ημερομηνία γέννησης		
Lugar de nacimiento – Τόπος γέννησης		
Nacionalidad – Υπηκοότητα		
Sexo – Φύλο		
Estado Civil – Οικογενειακή κατάσταση		
Fecha de matrimonio – Ημερομηνία γάμου		
Lugar de Matrimonio – Τόπος γάμου		
Fecha de Separacion o Divorcio Ημερομηνία χωρισμού ή διαζυγίου		
Fecha del Nuevo Matrimonio Ημερομηνία του νέου γάμου		
Documento de Identidad Δελτίο ταυτότητας	Τipo Κατηγορία	Número Αριθμός
Fecha de ingreso al país Ημερομηνία εισόδου στη χώρα		Τipo Κατηγορία
Fecha de egreso del país Ημερομηνία εξόδου από τη χώρα		Número Αριθμός
Fecha de fallecimiento y lugar Ημερομηνία και τόπος θανάτου		
Apellido y nombre/s del padre Ονοματεπώνυμο του πατέρα		
Apellido y nombre/s de la madre Ονοματεπώνυμο της μητέρας		
Domicilio – Διεύθυνση		
En país de residencia – Στη χώρα διαμονής		
En país de origen – Στη χώρα καταγωγής		
Tiene beneficio provisional en Uruguay? Si / No – En caso afirmativo, indicar. Λαμβάνει παροχές κοινωνικής ασφάλισης στην Ουρουγουάη; Ναι / Όχι.	Desde – Από No. de expte – αριθμός φακέλου	Desde – Από No. de expte – αριθμός φακέλου
Σε καταφατική περίπτωση αναφέρατε ποιες.	No. de Beneficio – Αρ. δικαιώματος	No. de Beneficio – Αρ. Δικαιώματος
En Grecia? Si / No – En caso afirmativo, indicar. Στην Ελλάδα; Ναι / Όχι. – Σε καταφατική περίπτωση αναφέρατε ποιες.	Desde – Από Número – αριθμός	Desde – Από Número – αριθμός
	Entidad Gestora – Αρμόδιος φορέας	Entidad Gestora – Αρμόδιος φορέας

2. Datos de los familiares con derecho a pension – Στοιχεία των μελών οικογένειας, που έχουν δικαίωμα για σύνταξη

Apellido/s y Nombre/s Επώνυμο και όνομα/τα	Parentesco Βαθμός συγγένειας	Nacionalidad Υπηκοότητα	Sexo Φύλο	Documento de identidad Δελτίο ταυτότητας		Fecha de nacimiento Ημερομηνία γέννησης	Estado civil Οικογενειακή κατάσταση	Convive con el titular? Si/No Συγκατοικεί με τον δικαιούχο; Ναι/Όχι	A cargo del titular? Si/No Συντηρείται από τον δικαιούχο; Ναι/Όχι	Escolaridad Φοίτηση
				Tipo Κατηγορία	Número Αριθμός					

3. Declaracion de actividades y situaciones producidas en Grecia – Δήλωση της επαγγελματικής δραστηριότητας στην Ελλάδα

Empresa y domicilio Επιχείρηση και κατοικία	Actividad Είδος απασχόλησης	Fecha de ALTA Ημερομηνία έναρξης	Fecha de BAJA Ημερομηνία διακοπής	Afiliacion – Ασφάλιση	
				Organismo – Οργανισμός	Número – Αριθμός

4. Detalle cronologico de servicios prestados en la Uruguay por el afiliado, con o sin, relacion de dependencia y causales de periodos de inactividad (no llenar en caso de pension derivada de jubilacion otorgada o con expediente iniciado).

Χρονικές περίοδοι της απασχόλησης στην Ουρουγουάη από τον μισθωτό ή τον αυτοτελώς απασχολούμενο και αιτιολογία των περιόδων μη απασχόλησης (δεν συμπληρώνεται σε περίπτωση που έχει χορηγηθεί ή εξετάζεται δικαίωμα σε σύνταξη γήρατος).

Empresa – reparticion y/o actividad por cuenta propia o causas de inactividad Επιχείρηση – Δημόσια Υπηρεσία και / ή αυτοτελής απασχόληση ή αιτιολογία μη-απασχόλησης	Domicilio Διεύθυνση	Tarea o cargo Είδος εργασίας ή θέση	Desde Από	Hasta Έως	Afilacion – Ασφάλιση	
					Organismo Οργανισμός	Número Αριθμός

Importante: por todas las actividades que se declaren en relacion de dependencia deberan presentarse los correspondientes certificados y constancias de servicios prestados y declarados precedentemente. Cuando se declare actividad por cuenta propia no se debera omitir, en ningun caso, la fecha de cese, asimismo, debera presentarse la totalidad de las boletas (originales) correspondientes a los depositos efectuados.

Σημαντικό: για την περίπτωση, που δηλώθηκε απασχόληση «ως μισθωτός» πρέπει να κατατεθούν όλα τα πιστοποιητικά και βεβαιώσεις των υπηρεσιών, που δηλώθηκαν πιο πάνω. Όταν η δηλωθείσα απασχόληση είναι αυτοτελής δεν πρέπει να παραληφθεί η «ημερομηνία διακοπής» και επίσης θα πρέπει να κατατεθούν όλα τα δικαιολογητικά (πρωτότυπα) από τα οποία διαπιστώνεται η καταβολή εισφορών.

5. **Datos del representante legal / tutor o curador (llenar unicamente en caso de solicitante menor de edad o incapacitado)**

Στοιχεία του νομικού αντιπροσώπου / επιτρόπου ή κηδεμόνα (συμπληρώνεται μόνο αν πρόκειται για ανήλικο αιτούντα ή ανίκανο)

Apellido/s y Nombre/s

Επώνυμο/α και Όνομα/τα

Documento de identidad

Tipo

Número

Δελτίο ταυτότητας

Κατηγορία

Αριθμός

Fecha de nacimiento

Sexo

Nacionalidad

Ημερομηνία γέννησης

Φύλο

Υπηκοότητα

(*) Estado civil

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η

Παντρεμένος/η

Χήρος/α

Διαζευγμένος/η

Domicilio complete

Πλήρης διεύθυνση

(*) Tachar lo que no corresponda

Διαγράψτε τις μη χρήσιμες ενδείξεις

Firma o impresión digital

Υπογραφή ή δακτυλικό αποτύπωμα

Declaro bajo juramento que los datos consignados son correctos y completos y que me comprometo a informar cualquier cambio que pudiera influir sobre el derecho al beneficio que gestiono.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που δόθηκαν είναι ακριβείς και πλήρεις και αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιώ κάθε αλλαγή, που θα μπορούσε να επηρεάσει το δικαίωμα για τις παροχές, που ζητώ με την παρούσα.

Lugar y fecha de presentación
Τόπος και ημερομηνία κατάθεσης

Firma o impresión digital del solicitante
Υπογραφή ή δακτυλικό αποτύπωμα

Certificación de datos e identidad por autoridad competente

Επιβεβαίωση των πληροφοριών και της ταυτότητας των ενδιαφερομένων από τον αρμόδιο οργανισμό

Certifico que los datos personales del solicitante, los de sus familiares con derecho a pension, como los del representante legal / tutor / curador, consignandos en este formulario, son copia fiel de los obrantes en el/los documento/s que se indica/n y que tuve a la vista y que la/s firma/s y/o impresión/es digital/es fue/ron colocada/s en mi presencia.

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που συμπληρώθηκαν, σ' αυτό το έντυπο σχετικά με τον αιτούντα, τα μέλη οικογένειας που έχουν δικαίωμα για σύνταξη καθώς και αυτές του νόμιμου αντιπροσώπου / επιτρόπου / κηδεμόνα, είναι όμοιες με εκείνες που απεικονίζονται στα αναφερόμενα δελτία ταυτότητας, τα οποία είχα ενώπιον μου και ότι η(οι) υπογραφή(ές) και/ή δακτυλικά αποτυπώματα τέθηκαν ενώπιον μου.

Lugar y fecha de recepción
Τόπος και ημερομηνία κατάθεσης

Firma funcionario certificador
Υπογραφή του αρμόδιου υπαλλήλου

Sello
Σφραγίδα