



Antrag auf Alters- oder Erwerbsminderungsrente

aus der philippinischen Rentenversicherung

Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

Application for old-age or disability pension

from the Philippine Pension Insurance

Please answer all questions accurately, marking everything that is applicable and submitting all of the required proof.

A Angaben zum Versicherten

Information about the insured person

1	Deutsche Versicherungsnummer	<input type="text"/>	German Insurance Number						
2	Kennzeichen (soweit bekannt)	<input type="text"/>	Reference (if known)						
3	Philippinische Sozialversicherungsnummer <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS	<input type="text"/>	Philippine Social Security Number <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS						
4	Nachname	<input type="text"/>	Surname						
5	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)	<input type="text"/>	First name(s) (Please underline name normally used.)						
6	Geburtsname (wenn abweichend)	<input type="text"/>	Name at birth (if different)						
7	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil F bestätigen lassen.)	<table border="1"> <tr> <td>Tag Day</td> <td>Monat Month</td> <td>Jahr Year</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Tag Day	Monat Month	Jahr Year	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part F.)
Tag Day	Monat Month	Jahr Year							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
8	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	<input type="text"/>	Place of birth (city, country, state)						
9	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich male <input type="checkbox"/> weiblich female	Sex						
10	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil F bestätigen lassen.)	<input type="text"/>	Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in Part F.)						
11	Derzeitige Anschrift	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Present address						
12	Telefonnummer	<input type="text"/>	Telephone number						
13	Telefaxnummer	<input type="text"/>	Fax number						



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

14 Familienstand	<input type="checkbox"/> nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) not married (single, widowed or divorced) <input type="checkbox"/> verheiratet / wieder verheiratet married / remarried	Marital status
------------------	--	----------------

B Antragstellung durch andere Person
(Bitte Vollmacht / Nachweis beifügen.)

Application filed by another person
(Please submit full power of attorney / proof.)

1 Nachname		Surname
2 Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)		First name(s) (Please underline name normally used.)
3 Anschrift		Postal address
4 Telefonnummer		Telephone number
5 Telefaxnummer		Fax number

C Beantragte Rentenart

Type of pension claimed

1 Altersrente	<input type="checkbox"/>	Old-age pension												
2 Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/>	Disability												
3 Ich erkläre hiermit , dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und/oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen.) - aufgeben werde zum	<div style="text-align: center;"> <table border="1"> <tr> <td>Tag Day</td> <td>Monat Month</td> <td>Jahr Year</td> </tr> <tr> <td>_ _ </td> <td>_ _ </td> <td>_ _ _ </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Tag Day</td> <td>Monat Month</td> <td>Jahr Year</td> </tr> <tr> <td>_ _ </td> <td>_ _ </td> <td>_ _ _ </td> </tr> </table> </div>	Tag Day	Monat Month	Jahr Year	_ _	_ _	_ _ _	Tag Day	Monat Month	Jahr Year	_ _	_ _	_ _ _	I hereby declare that my employment(s) for remuneration and self-employment(s) - ended on (Please submit notification of cessation of work or business.) - will end on
Tag Day	Monat Month	Jahr Year												
_ _	_ _	_ _ _												
Tag Day	Monat Month	Jahr Year												
_ _	_ _	_ _ _												



D Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen**Further information on other claims**

<p>1 Haben Sie eine Leistung aus der philippinischen, deutschen oder einer anderen ausländischen Sozialversicherung beantragt oder bezogen oder wurde eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes</p>	<p>Have you applied for or received a pension or lump-sum payment from the Philippine, German or other foreign social security insurance?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency and country (name and address) - reference number
<p>2 Haben Sie eine Leistung aus der philippinischen, deutschen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes</p>	<p>Have you applied for or received a pension or lump-sum payment from the Philippine, German or other foreign accident insurance?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency and country (name and address) - reference number

E Erklärung**Declaration**

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Republik der Philippinen strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem Versicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass der deutsche Rentenversicherungsträger dem zuständigen philippinischen Versicherungsträger (SSS/GSIS) jede Information betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den deutschen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **darf** der deutsche Rentenversicherungsträger zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für SSS/GSIS beschaffen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von dem deutschem Rentenversicherungsträger an SSS/GSIS und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden können, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

I assure that I have answered all the questions in this application to the best of my knowledge. I am aware that if I have deliberately given false information, I become liable to prosecution by the authorities of the Republic of Philippines

I undertake to inform the insurance agency which is responsible for the payment of pensions immediately of all changes which have an effect on the receipt of pensions and to pay back overpaid amounts to the insurance agency.

I am aware that German pension insurance agency may give any and all information contained in its files to the competent Philippine Social Security [Social Security System (SSS)/Government Service Insurance System (GSIS)] pertaining to citizenship, statelessness or refugee status, the insured status (German insurance record), the entitlement to pension and the amount. If it is necessary for the pension claimed, **I also authorize the German pension insurance** to obtain medical reports from physicians and hospitals for SSS/GSIS.

I agree that any information and evidence submitted which applies to this claim or which is needed after a decision is reached concerning this claim can be given by German pension insurance agency to SSS/GSIS and vice versa to enable a decision on the entitlement to benefits.



Deutsche Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die zum Antrag vorgelegt werden, in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Versicherungsträger oder SSS/GSIS eingesehen und verwertet werden können. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

If it is necessary for the pension claimed, **I agree** that all medical evaluations and reports submitted for the claim which are contained in the files or issued during the pension procedure may be examined and used by the competent German insurance agencies or SSS/GSIS, I further agree that the attending physicians, psychologists and institutions may furnish any necessary information about my health to these agencies. This includes sending any medical document currently in their possession or issued during the pension procedure.

Unterschrift des Antragstellers**Signature of the applicant**

Datum		
Unterschrift		Signature



Deutsche Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---

F Bestätigung durch den deutschen Rentenversicherungsträger

Confirmation by German pension insurance agency

Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens	<table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Tag Day</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Monat Month</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Jahr Year</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"> _ _ </td> <td style="height: 30px;"> _ </td> <td style="height: 30px;"> _ _ </td> </tr> </table>	Tag Day	Monat Month	Jahr Year	_ _	_	_ _	Date of application in accordance with article 17 section 1 of the agreement
Tag Day	Monat Month	Jahr Year						
_ _	_	_ _						
Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch: - gültigen Reisepass - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)	<table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> nein / no</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ja / yes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein / no</td> <td><input type="checkbox"/> ja / yes</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein / no	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no	<input type="checkbox"/> ja / yes	The applicant's personal data (surname, first name, date of birth, as well as citizenship) is confirmed by - valid passport - other document(s) (please specify)		
<input type="checkbox"/> nein / no	<input type="checkbox"/> ja / yes							
<input type="checkbox"/> nein / no	<input type="checkbox"/> ja / yes							
Datum	<table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Tag Day</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Monat Month</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Jahr Year</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"> _ _ </td> <td style="height: 30px;"> _ </td> <td style="height: 30px;"> _ _ </td> </tr> </table>	Tag Day	Monat Month	Jahr Year	_ _	_	_ _	Date
Tag Day	Monat Month	Jahr Year						
_ _	_	_ _						
Unterschrift		Signature						
Stempel		Stamp						

