



Antrag auf Alters- oder Erwerbsminderungsrente
aus der philippinischen Rentenversicherung

Application for old-age or disability pension
from the Philippine Pension Insurance

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

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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					German Insurance Number																																														
2	Kennzeichen (soweit bekannt)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Reference (if known)																																														
3	Philippinische Sozialversicherungsnummer <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Philippine Social Security Number <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS																																														
4	Nachname		Surname																																																																		
5	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)		First name(s) (Please underline name normally used.)																																																																		
6	Geburtsname (wenn abweichend)		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><table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part F.)
Tag day	Monat month	Jahr year																																																																			
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																											
8	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)		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.)		Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in Part F.)																																																																		
11	Derzeitige Anschrift		Present address																																																																		
12	Telefonnummer		Telephone number																																																																		
13	Telefaxnummer		Fax number																																																																		
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																		
2	Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/>	Disability																		
3	<p>Ich erkläre hiermit, dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und/oder selbständige(n) Tätigkeit(en)</p> <p>- aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen.)</p> <p>- aufgeben werde zum</p>	<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year							Tag day	Monat month	Jahr year							<p>I hereby declare that my employment(s) for remuneration and self-employment(s)</p> <p>- ended on (Please submit notification of cessation of work or business.)</p> <p>- will end on</p>
Tag day	Monat month	Jahr year																			
Tag day	Monat month	Jahr year																			

D Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

Further information on other claims

1	<p>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> <p>- Zeit des Bezuges</p> <p>- Art der Leistung</p> <p>- Versicherungsträger (Name und Anschrift)</p> <p>- Versicherungsnummer oder Aktenzeichen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein/no <input type="checkbox"/> ja/yes</p> <p>vom/from bis/to</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> <p>- periods during which this was received</p> <p>- type of pension</p> <p>- insurance agency (name and address)</p> <p>- insurance or reference number</p>
2	<p>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> <p>- Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift)</p> <p>- Aktenzeichen</p>	<p><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> <p>- insurance agency and country (name and address)</p> <p>- reference number</p>

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.

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.

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.

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/Date

Unterschrift /Signature

F Bestätigung durch den deutschen Rentenversicherungsträger

Confirmation by German pension insurance agency

Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens		Tag day	Monat month	Jahr year		Date of application in accordance with article 17 section 1 of the agreement
Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch: - gültigen Reisepass - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> nein/no <input type="checkbox"/> ja/yes <input type="checkbox"/> nein/no <input type="checkbox"/> ja/yes </div>					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)
Datum		Tag day	Monat month	Jahr year		Date
Unterschrift						Signature
Stempel						Stamp