

OVERENSKOMST OM SOCIAL SIKRING
MELLEM KONGERIGET DANMARK OG REPUBLIKKEN FILIPPINERNE
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY
BETWEEN THE KINGDOM OF DENMARK AND THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES

BLANKET TIL ANSØGNING/REKVIRERING
APPLICATION/REQUEST FORM

Artikel 12 – 13 i overenskomsten/Articles 12 – 13 of the Agreement
Artikel 6 I den administrative aftale/ Article 6 of the Administrative Arrangement

DATO FOR OPRINDELIG ANMODNING/ANSØGNING (dag / måned / år) DATE OF INITIAL REQUEST/APPLICATION (Day/ Month/ Year)	OPFØLGNINGSDATO(ER) (dag / måned / år) DATE(S) OF FOLLOWUP(S) (Day / Month / Year)	
_____ (/ /)	1. (/ /)	2. (/ /)
TIL/TO: <input type="checkbox"/> Pensionsstyrelsen Landemærket 11 DK-1119 København K	FRA/FROM: <input type="checkbox"/>	
I . OPLYSNINGER OM ANSØGNINGEN/ INFORMATION ABOUT THE CLAIM		
Den erhvervsaktives / bidragsbetalerens navn A Name of Worker / Contributor		
B Fødenavn/ Name at Birth		
C Køn /Sex	<input type="checkbox"/> Mand/Male <input type="checkbox"/> Kvinde/Female	
D Dansk cpr-nr. eller fødselsdato / Danish Personal Number (CPR) or Date of Birth		
E Socialsikringsnr. i Filippinerne Philippine GSIS/SSS No.		
F Ansøgerens navn /Name of Claimant		
G Ansøgerens fødenavn/ Claimant's Name at Birth		
H Ansøgerens adresse og tlf. nr. Claimant's Address and Telephone Number	_____ _____	

Der ansøges om ydelser i anledning af I Type of Benefits Claimed	DANMARK/ DENMARK FILIPPINERNE /THE PHILIPPINES	
Pensionsalderens indtræden Retirement / Old age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invaliditet / Disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efterlevelse/ Survivors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dato for ansøgningens indgivelse J Date of Application	(dag / måned / år) / (Day / Month / Year)	

II. ATTESTERING AF DATA /CERTIFICATION OF DATA

A Fødselsdato/Date of Birth	Navn/ Name	Slægtskabsforhold Relationship	Dato (dag / måned / år) Date (Day / Month/Year)
Den erhvervsaktive / bidragsbetaleren Worker / Contributor			
Barn/ Child			
Barn/ Child			
Barn/ Child			
Ægtefælle / enke eller enkemand Spouse / Widow(er)			
Dato for den erhvervsaktives / bidragsbetalerens død B Worker / Contributor's Date of Death			
Dato for indgåelse af ægteskab C Date of Marriage			
Skilsmisstedato D Date of Divorce			
E Fødeland Country of Birth	den erhvervsaktives / Worker's		
F Statsborgerskab Citizenship	den erhvervsaktives / Worker's		

III. VEDLAGTE OPLYSNINGER / INFORMATION PROVIDED

A Erhvervsforløb/ Insurance Record	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

B Ansøgning/ Application	<input type="checkbox"/>
C Lægelig dokumentation/ Medical Evidence	<input type="checkbox"/>
D Oplysninger der er blevet bedt om pr/ Information Requested on.	<input type="checkbox"/> (dag / måned / år) (Day / Month / Year)
E Andre oplysninger (angiv hvilke)/Other Information (Specify)	<input type="checkbox"/>

IV. UDBEDTE OPLYSNINGER/ INFORMATION NEEDED

ANSØGNING I HENHOLD TIL OVERENSKOMSTEN JA NEJ
 CLAIM UNDER THE AGREEMENT YES NO

A Erhvervsforløb/ Insurance Record	<input type="checkbox"/>
B Lægelig dokumentation/ Medical Evidence	<input type="checkbox"/>
C Status på anmodning sendt den	<input type="checkbox"/> (dag / måned / år) (Day / Month / Year)
D Andre oplysninger (angiv hvilke) Other Information (Specify)	

V. BEMÆRKNINGER/ REMARKS

Underskrift / Signature	Dato / Date	Stempel/ Stamp