

1.5	Geburtsdatum	<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>	Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year				Date of birth
Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year							
1.6	Geburtsort		Place of birth						
1.7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich male <input type="checkbox"/> weiblich female	Sex						
1.8	Staatsangehörigkeit		Citizenship						
1.9	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig single <input type="checkbox"/> verheiratet married <input type="checkbox"/> verwitwet widowed <input type="checkbox"/> geschieden divorced	Marital status						
1.10	Vollständige Anschrift - Straße, Hausnummer - Postleitzahl, Ort - Staat		Full address - Street, number						
			- ZIP code, city/municipality						
			- Country						

**2 Angaben zur Witwe / zum Witwer /
Information about the widow / widower**

2.1	Name		Surname						
2.2	Vorname(n)		First name(s)						
2.3	Geburtsname		Name at birth						
2.4	Frühere Namen		Other names used in the past						
2.5	Geburtsdatum	<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>	Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year				Date of birth
Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year							
2.6	Geburtsort		Place of birth						
2.7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich male <input type="checkbox"/> weiblich female	Sex						
2.8	Staatsangehörigkeit		Citizenship						
2.9	Vollständige Anschrift - Straße, Hausnummer - Postleitzahl, Ort - Staat		Full address - Street, number						
			- ZIP code, city/municipality						
			- Country						
2.10	Datum der Eheschließung	<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>	Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year				Date of marriage
Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year							
2.11	Die Ehe bestand im Zeitpunkt des Todes.	<input type="checkbox"/> Ja/Yes <input type="checkbox"/> Nein/No	The marriage continued until the time of death.						
2.12	Die Witwe / der Witwer hat wieder geheiratet am:	<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>	Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year				The widow / widower has remarried on:
Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year							
2.13	Sterbedatum des Versicherten	<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>	Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year				Date of death of the insured person
Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year							

3 Angaben zu den Waisen / Information about the orphans

3.1	Name, Vorname(n) / Surname, first name(s)	Geburtsdatum/ Date of birth			Geburtsort/ Place of birth
		Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year	
	1				
	2				
	3				
	4				
5					
3.2	Vollständige Anschrift der Waisen - unter den Nrn. - - Straße, Hausnummer - Postleitzahl, Ort - Staat				Full address of the orphans - named under nos. - - Street, number - ZIP code, city/municipality - Country
3.3	Vollständige Anschrift der Waisen - unter den Nrn. - - Straße, Hausnummer - Postleitzahl, Ort - Staat				Full address of the orphans - named under nos. - - Street, number - ZIP code, city/municipality - Country

4 Angaben zur Antragstellung / Information about the application

4.1	Der Berechtigte hat den Antrag selbst gestellt.	<input type="checkbox"/> Ja/Yes <input type="checkbox"/> Nein/No	The application was lodged by the beneficiary.
4.2	Der Antrag wurde gestellt von		The application was lodged by
	- Name		- Surname
	- Vorname(n)		- First name(s)
	- Straße, Hausnummer		- Street, number
	- Postleitzahl, Ort,		- ZIP code, city/municipality
	- Staat		- Country
als		as for a German insured pension	
- Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/>	- Authorized representative	
- Gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	- Legal representative	
- Vormund oder Betreuer	<input type="checkbox"/>	- Legal guardian or custodian	

5 Mitteilungen im Verfahren / Transmittal of Information

5.1	Wir übersenden		We hereby submit
	- einen Antrag auf philippinische Alters- oder Erwerbsminderungsrente Formblatt DE/PH 1	<input type="checkbox"/>	- an application for a Philippine old-age or disability pension Form DE/PH 1
	- einen Antrag auf philippinische Hinterbliebenenrente/Leistung wegen Todes Formblatt DE/PH 2	<input type="checkbox"/>	- an application for a Philippine survivor's pension/death benefit Form DE/PH 2
	- die deutschen Versicherungszeiten Formblatt DE/PH 5	<input type="checkbox"/>	- the German periods of coverage Form DE/PH 5
	- den philippinischen Beschäftigungsverlauf Formblatt DE/PH 6	<input type="checkbox"/>	- the Philippine employment history Form DE/PH 6
	- den ärztlichen Bericht Formblatt DE/PH 7	<input type="checkbox"/>	- the medical report Form DE/PH 7
- die bezeichneten Beweismittel, Unterlagen, Schriftstücke usw.	<input type="checkbox"/>	- the evidence, records, documents etc listed here	

5.2	Auf die dortige Nachzahlung wird ein Erstattungsanspruch nach Artikel 21 des Abkommens angemeldet.	<input type="checkbox"/> Ja/Yes <input type="checkbox"/> Nein/No	A claim for a refund in accordance with Article 21 of the agreement is hereby filed with respect to the arrears payment referred to there.
5.3	Der Antragsteller hat erklärt, dass die Feststellung des Anspruchs auf Leistungen bei Alter nach den - deutschen - philippinischen - Rechtsvorschriften aufgeschoben werden soll (Artikel 17 Absatz 3 Satz 2 des Abkommens).	<input type="checkbox"/>	The applicant has declared that the determination of the entitlement to old-age benefits is to be postponed in accordance with the - German - Philippine - legal regulations (Article 17 para 3 sentence 2 of the agreement).
5.4	Weitere Mitteilungen:		Other information:

6 Anfragen im Verfahren / Requests during proceedings

6.1	Wir bitten um Übersendung - der philippinischen Versicherungszeiten Formblatt PH/DE 5 - des ärztlichen Berichts Formblatt PH/DE 7 - der bezeichneten Beweismittel, Unterlagen, Schriftstücke usw.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Please provide - the Philippine periods of coverage Form PH/DE 5 - the medical report Form PH/DE 7 - the evidence, records, documents etc. listed here:
6.2	Wir bitten, den Antragsteller ärztlich untersuchen zu lassen und ein Gutachten eines Facharztes zu übersenden. - Facharzt für - Facharzt für	<input type="checkbox"/>	Please arrange a medical examination of the applicant and provide a medical report by a specialist. - specialist in - specialist in
6.3	Wir bitten um Mitteilung der in bergbaulichen Betrieben unter Tage zurückgelegten Versicherungszeiten.	<input type="checkbox"/>	Please provide information concerning the insurance periods for work under ground at mining companies.
6.4	Weitere Anfragen:		Other requests:

7	Ort und Datum	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag/ Day</td> <td style="text-align: center;">Monat/ Month</td> <td style="text-align: center;">Jahr/ Year</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year				Place and Date
Tag/ Day	Monat/ Month	Jahr/ Year							
	Die Angaben zur Person des Versicherten - und zu den Hinterbliebenen - werden auf Grund von Urkunden bestätigt.	<input type="checkbox"/> Ja/Yes <input type="checkbox"/> Nein/No	The personal data concerning the insured person - and the survivors - is hereby confirmed on the basis of documents.						
	Dienststempel des Trägers und Unterschrift		Official stamp of the agency and signature						