

SOCIAL SECURITY

CONVENTION OF FEBRUARY 7, 1990 BETWEEN  
FRANCE AND THE PHILIPPINES

FORM SE 220-07

SECURITE SOCIALE

CONVENTION DU 7 FEVRIER 1990 ENTRE LA FRANCE  
ET LES PHILIPPINES

FORMULAIRE SE 220-07

APPLICATION FOR DISABILITY PENSION

(Art. 15 to 20 of the Convention ; Art. 11 to 14 of the  
Administrative Arrangement)

This form is issued by the institution of the claimant's country of  
residence and then forwarded to the institution of the country of  
coverage together with all appropriate written proofs, especially  
medical evidence.

Date of submission of the claim : .....

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

(Art. 15 à 20 de la Convention ; art. 11 à 14 de  
l'Arrangement Administratif)

Le présent formulaire est établi par l'institution du pays de  
résidence du demandeur et transmis à l'institution du pays  
d'affiliation, accompagné de toutes pièces justificatives utiles,  
notamment d'ordre médical.

Date de dépôt de la demande : .....

INFORMATION ABOUT  
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

THE INSURED PERSON  
L'ASSURE

Name (name at birth) : .....  
Nom patronymique (nom de naissance)

Married name (if any) : .....  
Nom d'usage (le cas échéant)

First names : ..... Sex : male - female (1)  
Prénoms Sexe : masculin - féminin (1)

Citizenship : French - Philippine Refugee - Stateless (1)  
Nationalité : Française - Philippine - Réfugié - Apatride (1)

Date of birth : ..... Place of birth : .....  
Date de naissance Lieu de Naissance

Civil status when the application is filed Single Married Widow(Widower) Divorced Separated (1)  
Situation de famille à la date de la demande : Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) (1)

Pension number : ..... Social Security Number : .....  
Numéro de la pension Numéro d'immatriculation

(1) Delete as necessary

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

INFORMATION ABOUT EMPLOYMENT RECORD OF THE INSURED PERSON IN THE OTHER COUNTRY  
 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIERE DE L'ASSURE DANS L'AUTRE PAYS

Name or type of business of the employer <i>Nom ou raison sociale de l'employeur</i>	Address of the employer <i>Adresse de l'employeur</i>	Periods of employment <i>Période d'emploi</i>	Occupation <i>Profession</i>
1 .....	.....	.....	.....
2 .....	.....	.....	.....
3 .....	.....	.....	.....
4 .....	.....	.....	.....
5 .....	.....	.....	.....

Periods of stoppage of work or equivalent periods specified - *Périodes d'interruption de travail ou périodes assimilées signalées*

.....

Institutions of coverage (denomination, address) - *Institutions d'affiliation (dénomination, adresse)*

1 .....

2 .....

PERIODS OF COVERAGE IN THE COUNTRY OF RESIDENCE  
 PERIODES D'ASSURANCE DANS LE PAYS DE RESIDENCE

Periods <i>Périodes</i>	Compulsory <i>Obligatoires</i>	Voluntary <i>Volontaires</i>	Equivalent <i>Assimilées</i>	Number of days or hours <i>Nombre de jours ou nombre d'heures</i>
From ..... to ..... <i>Du ..... au .....</i>	.....	.....	.....	.....
From ..... to ..... <i>Du ..... au .....</i>	.....	.....	.....	.....
From ..... to ..... <i>Du ..... au .....</i>	.....	.....	.....	.....
From ..... to ..... <i>Du ..... au .....</i>	.....	.....	.....	.....
From ..... to ..... <i>Du ..... au .....</i>	.....	.....	.....	.....

Enclosures : Medical report - Other pertinent documents and information (1)  
*Pièces jointes Rapport médical Autres documents pertinents et informations*

(1) Delete as necessary

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

INSTITUTION OF THE COUNTRY OF RESIDENCE - INSTITUTION DU PAYS DE RESIDENCE

ET LES PHILIPPINES

Name - Dénomination : .....

Address - Adresse : .....

APPLICATION FOR DISABILITY PENSION

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

(Art. 15 to 20 of the Convention ; Art. 11 to 14 of the Administrative Arrangement)

(Art. 15 to 20 of the Convention ; art. 11 à 14 de l'Arrangement Administratif)

Done at ..... on the .....  
A le

SEAL AND SIGNATURE OF THE OFFICIAL OF THE INSTITUTION  
SIGNATURE DU REPRESENTANT DE L'INSTITUTION ET CACHET

INFORMATION ABOUT  
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

THE APPLICANT  
LE DEMANDeur

Name (name and birth) : .....

Nom (nom et date de naissance) : .....

Family name (if any) : .....

Nom de famille (s'il y a) : .....

Sex : male ..... - female (1)  
Sexe : masculin ..... - féminin (1)

Citizenship : French ..... - Philippine ..... - Stateless (1)  
Nationalité : Française ..... - Philippin ..... - Apatrié (1)

Date of birth : ..... Place of birth : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Civil status when the application is filed : Single ..... Married ..... Widow (Widower) ..... Divorced ..... Separated (1)  
Situation de famille à la date de la demande : Célibataire ..... Marié(e) ..... Veuf(ve) ..... Divorcé(e) ..... Séparé(e) (1)

Pension number : ..... Social Security Number : .....

Numéro de la pension : ..... Numéro d'immatriculation : .....

(1) Delete as necessary (1) Biffer la ou les mentions inutiles