

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

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

2.1	Surname		Name						
2.2	First name(s)		Vorname(n)						
2.3	Name at birth		Geburtsname						
2.4	Other names used in the past		Frühere Namen						
2.5	Date of birth	<table border="1"> <tr> <td>Day/ Tag</td> <td>Month/ Monat</td> <td>Year/ Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr				Geburtsdatum
Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr							
2.6	Place of birth		Geburtsort						
2.7	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich	Geschlecht						
2.8	Citizenship		Staatsangehörigkeit						
2.9	Full address - Street, number - ZIP code, city/municipality - Country		Vollständige Anschrift - Straße, Hausnummer - Postleitzahl, Ort - Staat						
2.10	Date of marriage	<table border="1"> <tr> <td>Day/ Tag</td> <td>Month/ Monat</td> <td>Year/ Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr				Datum der Eheschließung
Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr							
2.11	The marriage continued until the time of death.	<input type="checkbox"/> Yes/Ja <input type="checkbox"/> No/Nein	Die Ehe bestand im Zeitpunkt des Todes.						
2.12	The widow / widower has remarried on:	<table border="1"> <tr> <td>Day/ Tag</td> <td>Month/ Monat</td> <td>Year/ Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr				Die Witwe/der Witwer hat wieder geheiratet am:
Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr							
2.13	Date of death of the insured person	<table border="1"> <tr> <td>Day/ Tag</td> <td>Month/ Monat</td> <td>Year/ Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr				Sterbedatum des Versicherten
Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr							

3 Information about the application / Angaben zur Antragstellung

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

4 Transmittal of Information / Mitteilungen im Verfahren

4.1	We hereby submit		Wir übersenden
	- an application for a German insured person's pension Form PH/DE 1	<input type="checkbox"/>	- einen Antrag auf deutsche Versichertenrente Formblatt PH/DE 1
	- an application for a German survivor's pension Form PH/DE 2	<input type="checkbox"/>	- einen Antrag auf deutsche Hinterbliebenenrente Formblatt PH/DE 2
	- the Philippine periods of coverage Form PH/DE 5	<input type="checkbox"/>	- die philippinischen Versicherungszeiten Formblatt PH/DE 5
	- the employment record Form PH/DE 6	<input type="checkbox"/>	- den Beschäftigungsverlauf Formblatt PH/DE 6
	- the medical report (Form PH/DE 7)	<input type="checkbox"/>	- den ärztlichen Bericht (Formblatt PH/DE 7)
	- other evidence, records, documents etc. listed here	<input type="checkbox"/>	- die bezeichneten Beweismittel, Unterlagen, Schriftstücke usw.
4.2	A refund claim in accordance with Article 21 of the agreement is hereby submitted with respect to the arrears payment referred to there.	<input type="checkbox"/> Yes/Ja <input type="checkbox"/> No/Nein	Auf die dortige Nachzahlung wird ein Erstattungsanspruch nach Artikel 21 des Abkommens angemeldet.
4.3	The applicant has declared that the determination of the claim for old-age benefits should be postponed in accordance with the - German - Philippine - legal regulations (Article 17 para 3 sentence 2 of the agreement).	<input type="checkbox"/>	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).
4.4	Other information:		Weitere Mitteilungen:

5 Requests during proceedings / Anfragen im Verfahren

<p>5.1 Please provide</p> <ul style="list-style-type: none"> - the German periods of coverage (Form DE/PH 5) - the medical report (Form DE/PH 7) - other evidence, records, documents etc. listed here: 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Wir bitten um Übersendung</p> <ul style="list-style-type: none"> - der deutschen Versicherungszeiten (Formblatt DE/PH 5) - des ärztlichen Berichts (Formblatt DE/PH 7) - der bezeichneten Beweismittel, Unterlagen, Schriftstücke usw.:
<p>5.2 Please arrange a medical examination of the applicant and provide a medical report by a specialist.</p> <ul style="list-style-type: none"> - specialist in - specialist in 	<input type="checkbox"/>	<p>Wir bitten, den Antragsteller ärztlich untersuchen zu lassen und ein Gutachten eines Facharztes zu übersenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facharzt für - Facharzt für
<p>5.3 Please provide information concerning the insurance periods for work under ground at mining companies.</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Wir bitten um Mitteilung der in bergbaulichen Betrieben unter Tage zurückgelegten Versicherungszeiten.</p>
<p>5.4 Other requests:</p>		<p>Weitere Anfragen:</p>

<p>6 Place and Date</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Day/ Tag</td> <td style="text-align: center;">Month/ Monat</td> <td style="text-align: center;">Year/ Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr				<p>Ort und Datum</p>
Day/ Tag	Month/ Monat	Year/ Jahr						
<p>The personal data concerning the insured person - and the survivors - is hereby confirmed on the basis of documents.</p>	<input type="checkbox"/> Yes/Ja <input type="checkbox"/> No/Nein	<p>Die Angaben zur Person des Versicherten - und zu den Hinterbliebenen - werden auf Grund von Urkunden bestätigt.</p>						
<p>Official stamp of the agency and signature</p>		<p>Dienststempel des Trägers und Unterschrift</p>						