

**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY  
BETWEEN THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES AND THE KINGDOM OF DENMARK**

OVERENSKOMST OM SOCIAL SIKRING  
MELLEM REPUBLIKKEN FILIPPINERNE OG KONGERIGET DANMARK

**APPLICATION/REQUEST FORM  
BLANKET TIL ANSØGNING/REKVIRERING**

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

<b>DATE OF INITIAL REQUEST/APPLICATION</b> <b>(Day/ Month/ Year)</b> DATO FOR OPRINDELIG ANMODNING/ANSØGNING (dag / måned / år)	<b>DATE(S) OF FOLLOWUP(S) (Day / Month / Year)</b> OPFØLGNINGS DATO(ER) (dag / måned / år)	
_____ ( / / )	1. ( / / )	2. ( / / )
<b>TO/TIL:</b>  <input type="checkbox"/> Bilateral Agreements Department <b>Social Security System</b> East Ave. Diliman, Quezon City, <b>PHILIPPINES</b>	<b>FROM/FRA:</b>  <input type="checkbox"/> <b>Pensionsstyrelsen</b> Landemærket 11 DK-1119 København K	

**I . INFORMATION ABOUT THE CLAIM / OPLYSNINGER OM ANSØGNINGEN**

<b>A Name of Worker / Contributor</b> Den erhvervsaktives / bidragsbetalerens navn	
<b>B Name at Birth / Fødenavn</b>	
<b>C Sex / Køn</b>	<input type="checkbox"/> <b>Male/ Mand</b> <input type="checkbox"/> <b>Female/ Kvinde</b>
<b>D Philippine GSIS/SSS No.</b> Socialsikringsnr. i Filippinerne	
<b>E Danish Personal Number (CPR) or Date of Birth/ Dansk cpr-nr. eller fødselsdato</b>	
<b>F Name of Claimant/Ansøgerens navn</b>	
<b>G Claimant's Name at Birth/Ansøgerens fødenavn</b>	
<b>H Claimant's Address and Telephone Number</b> Ansøgerens adresse og tlf. nr.	_____ _____

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

**II. CERTIFICATION OF DATA / ATTESTERING AF DATA**

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

**III. INFORMATION PROVIDED / VEDLAGTE OPLYSNINGER**

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

**IV. INFORMATION NEEDED / UDBEDTE OPLYSNINGER**

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

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

**V. REMARKS / BEMÆRKNINGER**

<b>Signature/Underskrift /</b>	<b>Date/Dato</b>	<b>Stamp/Stempel</b>