PHI/KOR 2

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES AND THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KOREA
필리핀공화국 정부와 대한민국 정부 간의 사회보장에 관한 협정

APPLICATION FOR PHILIPPINE BENEFITS
필리핀 급여 청구서

FOR USE BY KOREAN INSTITUTION ONLY /
한국 기관에서만 사용 가능

Date-stamp received at the Korean institution
한국 기관에서 받은 날짜 스탬프

A. GENERAL INFORMATION /일반정보

1. Please mark with an (x) the type of benefit for which you are applying. /청구급여를 표시하십시오

☐ Old Age Pension /노령연금 ☐ Disability Pension /장애연금
☐ Death Pension (SSS) /사망연금(SSS) ☐ Survivor Pension (GSIS) /유족연금(GSIS)

2. Information about the insured /가입자에 관한 정보

a) Surname /성, Given name /이름 Middle name /중간 이름	b) Sex /성별 ☐ Male /남 ☐ Female /여
c) Date of birth (MM/DD/YYYY) /생년월일	d) Civil Status /혼인 상태 ☐ Single /미혼 ☐ Married /기혼 ☐ Legally Separated /법적 별거 ☐ Widowed /사별
e) ☐ SSS Number / SSS 번호 ☐ GSIS BP Number / GSIS BP 번호	
f) Korean Resident (Alien) Registration Number/ 한국 주민(외국인)등록번호/	–
g) Place of birth /출생지	h) Nationality /국적
i) Present Address /현재 주소	
j) Permanent Address / please fill in only if different from the present address 영구 주소 / 현재 주소와 다른 경우에만 작성해주세요	
k) Contact number /연락처	l) E-mail address /전자우편주소

3. Information about the beneficiary (Please fill in only if the beneficiary is not the same as the above-named insured)
수급권자에 관한 정보 (2 번의 가입자가 아닌 경우에만 기재하십시오)

a) Surname /성, Given name /이름 Middle name /중간 이름

b) Date of birth (MM/DD/YYYY) /생년월일	c) Sex /성별 ☐ Male /남 ☐ Female /여

d) Relationship to the insured /가입자와의 관계

e) ☐ SSS Number / SSS 번호
☐ GSIS BP Number / GSIS BP 번호

f) Korean Resident(Alien) Registration Number
한국 주민(외국인)등록번호/ –

g) Present Address /현재 주소

h) Permanent Address / please fill in only if different from the present address
영구 주소 / 현재 주소와 다른 경우에만 작성해주세요

i) Contact number /연락처	j) E-mail address /전자우편주소

4. Information about dependents supported by the insured /가입자의 부양가족에 관한 정보

Surname /성, Given name /이름 Middle name /중간 이름	Date of birth (MM/DD/YYYY) /생년월일	Whether disabled or not /장애 여부	Relationship to the insured /가입자와의 관계
		☐ Yes /예 ☐ No /아니오	
		☐ Yes /예 ☐ No /아니오	
		☐ Yes /예 ☐ No /아니오	
		☐ Yes /예 ☐ No /아니오	
		☐ Yes /예 ☐ No /아니오	

B. APPLICATION FOR A DISABILITY PENSION /장애연금 청구

Information concerning disability /장애에 관한 정보

a) Name of illness or injury /질병 또는 부상 이름

b) Date of onset of disability (MM/DD/YYYY) 장애 발생 날짜 (MM/DD/YYYY)	c) Cause of disability /장애의 원인 ☐ Disease /질병 ☐ Injury /부상

d) Attachments /첨부파일

☐ Detailed medical report (PHI/KOR 2A) /상세 의료 보고서(PHI/KOR 2A)
☐ Physician's medical certificate issued by (name of physician), if applicable
(해당되는 경우) (의사 이름)이 발행한 의사의 진단서

C. APPLICATION FOR A DEATH or SURVIVOR PENSION /사망 또는 유족 연금 청구

1. Information concerning death /사망에 관한 정보

a) Date of death (MM/DD/YYYY) /사망일

b) Place of death /사망장소

☐ Attach a copy of death certificate /사망 증명서 사본 첨부

c) Cause of death /사망의 원인
☐ Disease /질병
☐ Accident /사고
☐ Other /기타 ( )

d) Was the deceased receiving pension from the SSS/GSIS? ☐ YES /예 ☐ NO /아니요
고인이 SSS/GSIS 로부터 연금을 받았습니까?

If yes, type of pension /그렇다면 연금 종류 _____

Amount of monthly pension /월 연금 금액 _____

2. Information concerning surviving spouse /생존 배우자에 관한 정보

a) Surname /성, Given name /이름 Middle name /중간 이름

b) Date of birth (MM/DD/YYYY) /생년월일	c) Sex /성별 ☐ Male /남 ☐ Female /여

d) ☐ SSS Number / SSS 번호
☐ GSIS BP Number / GSIS BP 번호

e) Present Address /현재 주소

f) Permanent Address / please fill in only if different from the present address
영구 주소 / 현재 주소와 다른 경우에만 작성해주세요

g) Contact number /연락처	h) E-mail address /전자우편주소

3. Information concerning the guardian (to be filled out if child/insured person is under guardianship)
후견인에 관한 정보 (아동/가입자가 후견을 받는 경우 작성)

a) Surname /성, Given name /이름 Middle name /중간 이름

b) Date of birth (MM/DD/YYYY) /생년월일	c) Sex /성별 ☐ Male /남 ☐ Female /여

d) ☐ SSS Number / SSS 번호
☐ GSIS BP Number / GSIS BP 번호

e) Present Address /현재 주소

f) Permanent Address / please fill in only if different from the present address
영구 주소 / 현재 주소와 다른 경우에만 작성해주세요

g) Contact number /연락처	h) E-mail address /전자우편주소

i) Relationship to the person under guardianship /피후견인과의 관계

D. CERTIFICATION /청구인 확인

I certify on my honor and conscience that the information in this form is correct and complete. I am aware that I must notify the Philippine Social Security System / Government Insurance System of any change to this information.
나는 이 양식의 정보가 정확하고 완전함을 나의 명예와 양심에 따라 보증합니다. 나는 이 정보에 변경 사항이 있을 경우 필리핀 사회보장시스템/정부보험시스템에 통보해야 한다는 것을 알고 있습니다.

Name of Claimant /청구인 성명 _____

Signature /서명 _____

Date signed /서명된 날짜 _____

The above-mentioned data has been authenticated and we confirm that it is corroborated by original documents.
상기 데이터는 사실이 확인되었으며, 원본 문서에 의해 확증되었음을 확인합니다.

Name / 성명 _____

Name of the Institution / 기관명 _____

Address /주소 _____

Signature /서명 _____ Stamp / 직인

Date signed /서명된 날짜 _____