

Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Königreich Marokko über Soziale Sicherheit
Convention entre le Royaume du Maroc et la République Fédérale d'Allemagne sur la Sécurité Sociale

Nur in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen
A remplir à la machine ou en caractères d'imprimerie

Deutsche Versicherungsnummer
n° matricole allemand

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Marokkanische Versicherungsnummer
n° matricole marocain

--	--	--	--	--	--	--	--

BKZ (nur für **Deutsche Rentenversicherung Bund**)
BKZ (réservé à la **Deutsche Rentenversicherung Bund**)

--	--	--	--

Datum / Date

Bearbeitung eines Antrages auf
Instruction d'une demande de

- Altersrente
pension de vieillesse
- Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
pension d'invalidité
- Hinterbliebenenrente(n)
pension de survivant(s)

1. Angaben zur Person des Versicherten
Renseignements concernant l'assuré

1.1	Familienname		nom de famille
1.2	Vorname		prénom
1.3	Geburtsname		nom de jeune fille
1.4	Früher geführte Namen/Vornamen		noms antérieurs/prénoms
1.5	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)		date de naissance (jour, mois, année)
1.6	Geburtsort		lieu de naissance
1.7	Beruf		profession
1.8	Geschlecht	männlich/masculin <input type="checkbox"/> weiblich/féminin <input type="checkbox"/>	sex
1.9	Staatsangehörigkeit		nationalité
1.10	Personalausweis/Reisepass-Nr.		n° carte nationale d'identité/passeport

1.11	Tag der Einbürgerung (nur angeben, wenn sich die Staatsangehörigkeit geändert hat) (Tag, Monat, Jahr)		date de la naturalisation (à indiquer seulement si la nationalité a changé) (jour, mois, année)
1.12	Aufenthalt in Deutschland in Marokko seit: (Tag, Monat, Jahr)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	résidence en Allemagne au Maroc depuis: (jour, mois, année)
1.13	Personenstand seit: (Tag, Monat, Jahr) ledig verheiratet verwitwet geschieden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	état civil depuis: (jour, mois, année) célibataire marié veuf divorcé
1.14	Vollständige Anschrift: Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Land		adresse complète dans le pays de résidence: rue, n° code postal, localité pays

2. Angaben zur Ehegattin/Witwe, zum Ehegatten/Witwer
Renseignements concernant le conjoint/la veuve/le veuf

2.1	Familienname		nom de famille
2.2	Vorname		prénom
2.3	Geburtsname		nom de jeune fille
2.4	Früher geführte Namen/Vornamen		noms antérieurs/prénoms
2.5	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)		date de naissance (jour, mois, année)
2.6	Geburtsort		lieu de naissance
2.7	Beruf		profession
2.8	Geschlecht	männlich/masculin <input type="checkbox"/> weiblich/féminin <input type="checkbox"/>	sex
2.9	Staatsangehörigkeit		nationalité
2.10	Tag der Einbürgerung (nur angeben, wenn sich die Staatsangehörigkeit geändert hat) (Tag, Monat, Jahr)		date de la naturalisation (à indiquer seulement si la nationalité a changé) (jour, mois, année)
2.11	Aufenthalt in Deutschland in Marokko seit: (Tag, Monat, Jahr)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	résidence en Allemagne au Maroc depuis: (jour, mois, année)
2.12	Vollständige Anschrift: Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Land		adresse complète dans le pays de résidence: rue, n° code postal, localité pays

**3. Kinder/Waisen des Versicherten
Enfants/orphelins de l'assuré**

Sofern Leistungen beantragt werden, die mit Rücksicht auf die Kinder/Waisen des Versicherten zu gewähren sind, ist stets das Formblatt D/MA 02 als Anlage auszufüllen.		En cas d'instruction d'une demande de prestations revenant aux enfants/orphelins de l'assuré il y a lieu de remplir le formulaire D/MA 02.
--	--	--

**4. Bei Anträgen auf Hinterbliebenenrente auszufüllen
A remplir en cas de demandes de pension de survivant**

4.1	Todestag des Versicherten (Tag, Monat, Jahr)		date du décès de l'assuré (jour, mois, année)										
4.2	Die Ehe wurde rechtsgültig geschlossen am: (Tag, Monat, Jahr)		Le mariage a été conclu le: (jour, mois, année)										
4.3	Die Ehe bestand im Zeitpunkt des Todes.	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	Les liens du mariage existaient à la date du décès.										
4.4	Tag der Auflösung/Scheidung der Ehe (Tag, Monat, Jahr)		date de la dissolution du mariage/divorce (jour, mois, année)										
4.5	Die Witwe/der Witwer hat wieder geheiratet am: (Tag, Monat, Jahr)	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	La veuve/le veuf s'est remarié/e le: (jour, mois, année)										
4.6	Die Witwe/der Witwer erzieht ein waisenrentenberechtigtes Kind. Ggf. Name und Geburtsdatum des Kindes (Tag, Monat, Jahr)	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	La veuve/le veuf a la charge d'un enfant ayant droit à une pension d'orphelin. Le cas échéant, indiquer le nom et la date de naissance de l'enfant (jour, mois, année)										
4.7	Die Witwe/der Witwer hat Beiträge zur gesetzlichen deutschen Rentenversicherung entrichtet. Ggf. Deutsche Versicherungsnummer der Witwe/des Witwers	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/> vom/du bis/au <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											La veuve/le veuf a versé des cotisations auprès d'un régime allemand d'assurance pensions obligatoire. Le cas échéant N° d'immatriculation allemand de la veuve/du veuf
4.8	Die Witwe/der Witwer bezieht Erwerbs-/Arbeitseinkommen.	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	La veuve/le veuf dispose d'un revenu professionnel.										

5. Angaben zum Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Renseignements concernant la demande de pension d'invalidité

5.1	Der Versicherte ist noch - abhängig beschäftigt - selbständig erwerbstätig	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/> nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	L'assuré exerce encore - une activité salariée - une activité indépendante
5.2	Ist der Versicherte noch beschäftigt/erwerbstätig, ist anzugeben - Art der Beschäftigung/ Erwerbstätigkeit - Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit (Stunden) - Höhe des Arbeitsentgeltes/ Erwerbseinkommens (monatlich)	<input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Dirham	Si l'assuré exerce encore une activité salariée/indépendante il y a lieu d'indiquer - la nature de cette activité - la durée du travail hebdomadaire (heures) - le montant du salaire/revenu (mensuel)
5.3	Der Versicherte ist nicht mehr beschäftigt/erwerbstätig seit: (Tag, Monat, Jahr) Sofern nach diesem Zeitpunkt im Formblatt D/MA 04 noch deutsche Pflichtbeitragszeiten bestätigt sind, beruhen diese auf Leistungsbezug wegen Krankheit oder Arbeitslosigkeit.		L'assuré n'exerce plus d'activité salariée/indépendante depuis: (jour, mois, année) En présence de périodes de cotisation obligatoires allemandes confirmées dans le formulaire D/MA 04 après cette date, celles-ci se basent sur une prestation attribuée pour maladie ou chômage.
5.4	Der Versicherte ist arbeitsunfähig/krank seit: (Tag, Monat, Jahr)		date du début de l'incapacité de travail de l'assuré: (jour, mois, année)
5.5	Wurde der Versicherte umgeschult?	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	L'assuré a-t-il été soumis à une rééducation professionnelle?
5.6	Wenn ja, sind anzugeben - Beginn der Umschulung (Tag, Monat, Jahr) - Ende der Umschulung (Tag, Monat, Jahr) - neuer Beruf		Dans l'affirmative indiquer - le début de la rééducation (jour, mois, année) - la fin de la rééducation (jour, mois, année) - nouvelle profession

6. Angaben zum Antrag auf Altersrente
Renseignements concernant la demande de pension de vieillesse

6.1	Der Versicherte ist noch - abhängig beschäftigt - selbständig erwerbstätig	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/> nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	L'assuré exerce encore - une activité salariée - une activité indépendante
6.2	Der Versicherte ist nicht mehr beschäftigt/erwerbstätig seit: (Tag, Monat, Jahr) Sofern nach diesem Zeitpunkt im Formblatt D/MA 04 noch deutsche Pflichtbeitragszeiten bestätigt sind, beruhen diese auf Leistungsbezug wegen Krankheit oder Arbeitslosigkeit.		L'assuré n'exerce plus d'activité salariée/indépendante depuis: (jour, mois, année) En présence de périodes de cotisation obligatoires allemandes confirmées dans le formulaire D/MA 04 après cette date, celles-ci se basent sur une prestation attribuée pour maladie ou chômage.
6.3	Der Versicherte will eine regelmäßige Beschäftigung/Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben ab: (Tag, Monat, Jahr)		L'assuré n'entend plus exercer une activité régulière salariée/indépendante à partir du: (jour, mois, année)
6.4	Der Versicherte will eine regelmäßige Beschäftigung/Erwerbstätigkeit ausüben ab: (Tag, Monat, Jahr)		L'assuré entend exercer une activité régulière salariée/indépendante à partir du: (jour, mois, année)
6.5	Bei Beschäftigung/Erwerbstätigkeit Höhe des monatlichen Arbeitseinkommens/Erwerbseinkommens	<input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Dirham	Si l'assuré entend exercer une activité régulière salariée/indépendante indiquer le montant du salaire/revenu mensuel

7. Sonstige Angaben
Renseignements divers

7.1	<p>Die Invalidität/der Tod ist vermutlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Folge eines Arbeitsunfalls - die Folge einer Berufskrankheit - durch einen Dritten verursacht 	<p>nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/></p> <p>nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/></p> <p>nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/></p>	<p>L'invalidité/le décès est probablement causé/e par</p> <ul style="list-style-type: none"> - un accident du travail - une maladie professionnelle - un tiers
7.2	Hat der Versicherte bereits Rente bezogen oder beantragt?	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	L'assuré est-il déjà titulaire d'une pension ou a-t-il demandé une pension?
7.3	Wenn ja, Versicherungsträger und Versicherungsnummer angeben		Dans l'affirmative indiquer l'organisme et le n° matricule
7.4	Schwebt wegen eines früheren Rentenantrages ein Streitverfahren?	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	Y a-t-il litige en cours relatif à une demande antérieure de pension?
7.5	Wenn ja, Gericht, Behörde, Aktenzeichen angeben		Dans l'affirmative indiquer le tribunal, l'autorité, le n° de l'affaire
7.6	<p>Bezieht der Berechtigte oder hat er beantragt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rente/Hinterbliebenenrente - Rente/Hinterbliebenenrente aufgrund eines Arbeitsunfalls 	<p>nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/></p> <p>nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/></p>	<p>L'intéressé bénéficie-t-il déjà ou a-t-il demandé</p> <ul style="list-style-type: none"> - une pension/pension de survivant - une pension/pension de survivant au titre d'un accident du travail
7.7	<p>Wenn ja, sind anzugeben</p> <ul style="list-style-type: none"> - leistungspflichtiger Träger - Aktenzeichen - monatlicher Betrag 	<p><input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Dirham</p>	<p>Dans l'affirmative indiquer</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'institution débitrice - référence - montant mensuel
7.8	<p>Der Antragsteller bezieht/hat beantragt nach eigenen Angaben folgende Leistungen</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengeld von/ Aktenzeichen</p> <p><input type="checkbox"/> Fürsorgeleistungen von/ Aktenzeichen</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Leistungen aus öffentlichen Mitteln von/ Aktenzeichen</p>		<p>L'intéressé bénéficie-t-il ou a-t-il demandé selon sa propre déclaration les prestations suivantes</p> <p><input type="checkbox"/> indemnité de maladie servie par/ référence</p> <p><input type="checkbox"/> aide sociale servie par/ référence</p> <p><input type="checkbox"/> autres prestations émanant de fonds publics servies par/ référence</p>
7.9	Die Versicherte/verstorbene Versicherte hat ein Kind/Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr in der Bundesrepublik Deutschland erzogen.	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	L'assurée/l'assurée décédée a élevé un enfant/des enfants jusqu'à son/leur dixième anniversaire en République fédérale d'Allemagne.

8. Angaben zur Antragstellung

Renseignements concernant la présentation de la demande

8.1	Der Antrag wurde gestellt am: (Tag, Monat, Jahr)		Date de la présentation de la demande: (jour, mois, année)
8.2	Der Berechtigte hat den Antrag selbst gestellt.	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	L'intéressé a présenté la demande lui-même.
8.3	Der Antrag wurde gestellt von Name, Vorname Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Land		La demande a été présenté par nom, prénom rue, n° code postal, localité pays
8.4	als Bevollmächtigtem gesetzlichem Vertreter Vormund Betreuer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	en qualité de mandataire représentant légal tuteur curateur
8.5	Der Berechtigte wünscht die Zahlung seiner Rente auf ein Konto. Name und Anschrift des Geldinstituts bei einem deutschen Geldinstitut	<input type="checkbox"/>	L'intéressé désire que le versement de sa pension ait lieu à un compte . nom et adresse de l'établissement financier auprès d'un établissement financier allemand
	IBAN (International Bank Account Number) D E BIC (Bank Identifier Code) D E		
	bei einem marokkanischen Geldinstitut Kontonummer / N° du compte 	auprès d'un établissement financier marocain	
8.6	Ort und Datum		Fait à le
8.7	Dienststempel und Unterschrift des Versicherungsträgers		Cachet et signature de l'organisme d'assurance