

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"/>	sexe
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" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </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	Die Invalidität/der Tod ist vermutlich - die Folge eines Arbeitsunfalls - die Folge einer Berufskrankheit - durch einen Dritten verursacht	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/> nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/> nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	L'invalidité/le décès est probablement causé/e par - 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 Rentenanspruches 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	Bezieht der Berechtigte oder hat er beantragt - Rente/Hinterbliebenenrente - Rente/Hinterbliebenenrente aufgrund eines Arbeitsunfalls	nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/> nein/non <input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/>	L'intéressé bénéficie-t-il déjà ou a-t-il demandé - une pension/pension de survivant - une pension/pension de survivant au titre d'un accident du travail
7.7	Wenn ja, sind anzugeben - leistungspflichtiger Träger - Aktenzeichen - monatlicher Betrag	<input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Dirham	Dans l'affirmative indiquer - l'institution débitrice - référence - montant mensuel
7.8	Der Antragsteller bezieht/hat beantragt nach eigenen Angaben folgende Leistungen <input type="checkbox"/> Krankengeld von/ Aktenzeichen <input type="checkbox"/> Fürsorgeleistungen von/ Aktenzeichen <input type="checkbox"/> sonstige Leistungen aus öffentlichen Mitteln von/ Aktenzeichen		L'intéressé bénéficie-t-il ou a-t-il demandé selon sa propre déclaration les prestations suivantes <input type="checkbox"/> indemnité de maladie servie par/ référence <input type="checkbox"/> aide sociale servie par/ référence <input type="checkbox"/> autres prestations émanant de fonds publics servies par/ référence
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.

