



## PENSIOENFONDS MEDEWERKERS APOTHEKEN

### VERKLARING SAMENWONEN

Registratienummer : \_\_\_\_\_  
Naam deelnemer : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum deelnemer : \_\_\_\_\_  
Naam partner : \_\_\_\_\_  
Geslacht partner : M / V \* \*doorhalen wat niet van toepassing is.  
Geboortedatum partner : \_\_\_\_\_  
Burgerservicenummer (BSN) partner : \_\_\_\_\_  
Datum samenwonen : \_\_\_\_\_

Ondergetekenden verklaren:

- een gezamenlijke huishouding te voeren die voldoet aan de voorwaarden van het pensioenreglement;
- dat zij elkaar aanwijzen als gerechtigde voor partnerpensioen;
- niet eerder een soortgelijke relatie aan te gaan voordat de onderhavige beëindigd is;
- dat zij bij beëindiging van de samenwoning het pensioenfonds zo spoedig mogelijk informeren;
- dat er door verzekerde eerder géén afstand is gedaan van opbouw van partnerpensioen.

Aldus naar waarheid ingevuld en ondertekend,

Plaats : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(handtekening deelnemer)

\_\_\_\_\_  
(handtekening partner)

U kunt het volledig ingevulde formulier ongefrankeerd terugsturen naar: PMA  
Antwoordnummer 18431  
2501 WK DEN HAAG