



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