

Samenlevingsverklaring

Met dit formulier geeft u aan dat u elkaars partner bent. U wilt voor de pensioenregeling als partners worden gezien. Belangrijk is dat u en uw partner voldoen aan de voorwaarden die hieronder staan.

Wij verklaren dat we vanaf _____

- op hetzelfde adres wonen
- voor elkaar zorgen
- geen ouder en kind van elkaar zijn
- geen grootouder en kleinkind van elkaar zijn

Door ondertekening van dit formulier verklaren wij dat wij dit formulier naar waarheid hebben ingevuld.

1 Uw gegevens

Naam _____

Geboortedatum _____

Klantnummer _____

2 Gegevens van uw partner

Naam _____

Geboortedatum _____

Burgerservicenummer _____

3 Ondertekening

Uw handtekening

Handtekening van uw partner

Stuur een scan of een goed leesbare foto van de verklaring naar ons op.
Ga hiervoor naar pfzw.nl/profiel en klik bij 'Partner' op 'Partner aanmelden'.

Of stuur de verklaring naar:
Pensioenfonds Zorg en Welzijn
Postbus 117, 3700 AC Zeist, The Netherlands

Let op! Woont één van u in een zorginstelling? Maar woonden u en uw partner vóór opname in de zorginstelling op hetzelfde adres? Dan woont u volgens ons toch op hetzelfde adres. Stuur een bewijsstuk mee waaruit blijkt dat één van u in een zorginstelling woont.