

# 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 duidelijke foto van de verklaring naar ons op.  
Ga hiervoor naar [pfzw.nl/bijlage](https://pfzw.nl/bijlage).

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.