

## Vragenformulier

### Aansluiting medewerkers van huisartsen

#### Waarom dit formulier?

Wij beoordelen op basis van dit formulier en andere beschikbare informatie of uw organisatie wettelijk verplicht is om aan te sluiten bij Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW). Hierover ontvangt u bericht nadat u het formulier heeft ingevuld en opgestuurd.

#### Wanneer bent u wettelijk verplicht om aan te sluiten?

U verleent als huisarts huisartsenzorg. Als huisarts bent u wettelijk verplicht om al uw medewerkers bij PFZW aan te melden, met uitzondering van huisartsen in loondienst (hidha's). Zij hebben een eigen pensioenregeling.

#### Terugsturen

U kunt het formulier digitaal invullen en e-mailen naar [relatiebeheer@pfzw.nl](mailto:relatiebeheer@pfzw.nl). Let erop dat u ook de gevraagde documenten meestuurt, zoals een kopie van uw inschrijving bij de Kamer van Koophandel.

U kunt ook het formulier uitprinten, ondertekenen en met de documenten opsturen naar:  
Pensioenfonds Zorg en Welzijn, Afdeling Aan- en Afsluiten, Antwoordnummer 6199, 3700 VB Zeist.

## 1 Gegevens organisatie

### 1a Contactgegevens organisatie

Naam organisatie

Eigenaar organisatie      de heer      mevrouw

Voorletters      Achternaam

Loonheffingnummer

KvK-nummer

Telefoonnummer

Website

E-mailadres algemeen

E-mailadres voor facturen

### 1b Vestigingsadres

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

### 1c Postadres

Straat / Postbus

Huisnummer / Postbusnummer

Postcode

Plaats

### 1d Bent u lid van een maatschap:

Noem dan hier de andere deelnemende huisartsen. Huisartsen in uw maatschap:

dhr.      mevr.      Naam

dhr.      mevr.      Naam

dhr.      mevr.      Naam

dhr.      mevr.      Naam

### 1e Bent u lid van een beroepsvereniging?

Nee

Ja, namelijk van de

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Anders, namelijk

## 2 Aansluitdatum

Op welke datum bent u uw organisatie gestart?

dag

maand

jaar

### 3 Medewerkers huisartsen

#### 3a Hoeveel medewerkers heeft u in dienst?

Op welke datum is uw eerste medewerker in dienst gekomen?

dag maand jaar

#### 3b Welke cao, arbeidsvoorwaarderegeling of rechtspositieregeling is op uw medewerkers van toepassing?

Cao Huisartsenzorg  
Anders, namelijk

### 4 Pensioenadministratie

Als uw aanvraag tot een aansluiting leidt, dan kunt u of uw administratiekantoor op elk moment uw pensioenadministratie bijhouden op onze website. Hiervoor hebben wij de volgende gegevens nodig.

#### 4a Wilt u uw pensioenadministratie laten doen door uw administratiekantoor?

Nee, mijn organisatie doet de pensioenadministratie zelf ► *Ga verder met 4c*

Ja, hierbij machtig ik door ondertekening van dit formulier onderstaand administratiekantoor om mijn pensioenadministratie te doen ► *Ga verder met 4b*

#### 4b Gegevens administratiekantoor

Naam administratiekantoor

Organisatienummer van het administratiekantoor bij PFZW (voor zover bij u bekend)

Straat / Postbus

Huisnummer / Postbusnummer

Postcode

Plaats

Contactpersoon administratiekantoor

dhr. mevr.

Voorletters

Achternaam

Functie

Telefoonnummer

E-mailadres

#### 4c Naam van het salarispakket

### 5 Aanleiding aansluiting (nieuwe) organisatie

Is de (nieuwe) organisatie een resultaat van een fusie, overname, decentralisatie of afsplitsing?

Nee ► *Ga verder met 11*

Ja, namelijk

Fusie ► *Ga verder met 6*

Overname ► *Ga verder met 7*

Decentralisatie ► *Ga verder met 8*

Afsplitsing ► *Ga verder met 9*

## 6 Fusie

### 6a Welke organisatie of organisaties zijn betrokken bij de fusie?

Noem hier de naam van de organisatie(s). Is een organisatie aangesloten bij PFZW? Vermeld dan ook het organisatienummer.

### 6b Per welke datum moeten wij de fusie administratief verwerken?

dag                      maand                                      jaar

▶ *Ga verder met 10*

## 7 Overname

### 7a Welke organisatie of organisaties gaat u overnemen?

Noem hier de naam van de organisatie(s). Is een organisatie aangesloten bij PFZW? Vermeld dan ook het organisatienummer.

### 7b Per welke datum moeten wij de overname administratief verwerken?

dag                      maand                                      jaar

▶ *Ga verder met 10*

## 8 Decentralisatie

### 8a Welke organisatie wordt gedecentraliseerd?

Naam organisatie

Organisatienummer bij PFZW

### 8b Per welke datum moeten wij de decentralisatie administratief verwerken?

dag                      maand                                      jaar

▶ *Ga verder met 10*

## 9 Afsplitsing

### 9a Van welke organisatie splitst u zich af?

Naam organisatie

Organisatienummer bij PFZW

### 9b Per welke datum moeten wij de afsplitsing administratief verwerken?

dag                      maand                                      jaar

▶ *Ga verder met 10*

## 10 Medewerkers

Komen de medewerkers van eerdere organisatie(s) in dienst van uw nieuwe organisatie?

Ja

Nee

## 11 Ruimte voor vragen en/of opmerkingen

## 12 Documenten

Stuur een kopie mee van de volgende documenten:

- Inschrijving Kamer van Koophandel

En als u deze heeft ook een kopie van:

- statuten
- vennootschapsakte
- maatschapsakte

## 13 Ondertekening werkgever

Heeft u het formulier ingevuld? Onderteken dan onderstaande verklaring en stuur het ingevulde formulier met de gevraagde documenten naar PFZW op.

Ondergetekende (vertegenwoordigingsbevoegd) verklaart hierbij her formulier zo volledig mogelijk en naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: dag                      maand                      jaar

Naam

Functie

Handtekening

PFZW behoudt zich te allen tijde het recht voor tot het stellen van aanvullende vragen, als uw antwoorden op dit formulier hier aanleiding toe geven.