



Postbus 20005, 7302 HA Apeldoorn

Stichting Bedrijfstakpensioenfonds Zorgverzekeraars

AANVRAAG ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSPENSIOEN EN PREMIEVRIJE VOORTZETTING VAN DE PENSIOENOPBOUW

Ondergetekende aangesloten werkgever verklaart hierdoor, dat de hieronder genoemde deelnemer binnenkort in aanmerking zal komen voor een WIA-uitkering.

Zij verzoekt op grond daarvan betrokkene toe te kennen

- een arbeidsongeschiktheidspensioen en premievrije voortzetting van de pensioenopbouw naar _____ % arbeidsongeschiktheid,

- ingaande: _____ (1e WIA-dag)

Gegevens deelnemer

Deelnemersnummer _____

Naam en voornamen van de deelnemer _____

Geboortedatum _____

Functie _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Eerste ziektedag _____

IBAN bankrekeningnummer deelnemer _____

U dient een kopie bankpas en identiteitspas mee te sturen. Maakt u het BSN nummer en de foto op het identiteitsbewijs onleesbaar.



Stichting Bedrijfstakpensioenfonds Zorgverzekeraars

Naam en voornamen van de deelnemer _____

Loongegevens waarop WIA uitkering is gebaseerd

Door UWV opgegeven bruto WIA-dagloon = _____ met ingang van _____

Wordt het dienstverband beëindigd? Ja / Nee Indien ja, per _____

Ontvangt betrokkene na datum ingang WIA-uitkering nog salaris van u? Ja / Nee

Indien ja, hoeveel bedraagt het jaarsalaris (herrekend) na datum ingang WIA? _____
(hierin moet de WIA uitkering niet worden meegenomen)

En indien ja, wat is het bijbehorende parttime%? _____

Opmerkingen _____

Vergeet u niet bij te voegen:

Kopie UWV beslissing(en) WIA toekenning, beslissing vaststelling/berekening dagloon, kopie bankafschrift of kopie bankpas en kopie identiteitsbewijs.

Plaats, datum

Handtekening en stempel werkgever

Plaats, datum

Naam en handtekening deelnemer