

Ontbinding partnerschap

Verklaring ontbinding partnerschap bij samenleven

Stuur het formulier na invulling naar:

ING CDC Pensioenfonds, Postbus 4471, 6401 CZ Heerlen

Was je voor 1 januari 2014 al in dienst? Dan kun je met dit formulier ook je ontbinding partnerschap doorgeven aan Pensioenfonds ING. Geef dit aan bij de ondertekening onderaan dit formulier. Je ontvangt dan van beide pensioenfondsen een bevestiging.

1. Verklaring

Hierbij verklaart ondergetekende

Personeelsnummer

dat het partnerschap is ontbonden op

[Form input field]											
[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]
[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]
dag	maand	jaar									

Datum ontbinding, mits deze datum ligt vóór of op de datum waarop de gemeenschappelijke huishouding is beëindigd volgens de gegevens van het bevolkingsregister.

2. Ondertekening deelnemer

Het is ondergetekende bekend dat de op deze verklaring vermelde datum door ING CDC Pensioenfonds zal worden aangehouden bij het vaststellen van de aanspraak op bijzonder partnerpensioen ten behoeve van de ex-partner.

Naam

Datum

Handtekening

[Form input field]											
[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]
dag	maand	jaar									
[Form input field]											

3. Ondertekening ex-partner

Naam

Adres

Postcode + woonplaats

Datum

Handtekening

[Form input field]											
[Form input field]											
[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]
postcode						woonplaats					
[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]	[Form input field]
dag	maand	jaar									
[Form input field]											

Hierbij geef ik toestemming aan ING CDC Pensioenfonds om de gegevens op dit formulier door te geven aan Pensioenfonds ING.