

Machtigingsformulier

Gegevens arbeidsongeschiktheid MOVIR

Ondergetekende verleent toestemming aan de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen om in het kader van het beoordelen of ondergetekende geheel of gedeeltelijk in aanmerking komt voor voortgezette pensioenopbouw als gevolg van arbeidsongeschiktheid (premieovername), informatie op te vragen bij MOVIR over:

- de mate van arbeidongeschiktheid;
- de periode van deze arbeidsongeschiktheid;
- de beschikbaarheid, aard, duur en hoogte van een inkomensvervangende uitkering bij arbeidsongeschiktheid

De machtiging eindigt zodra door MOVIR is vastgesteld dat de ondergetekende weer arbeidsgeschikt is in de zin van het pensioenreglement.

1. Persoonlijke gegevens

Naam en voorletters

Adres

Postcode en plaats

Land

Relatienummer

Geboortedatum

Telefoonnummer

E-mailadres

2. Eerste ziektedag

Datum

3. Voor akkoord

Datum en plaats

Handtekening

U kunt dit formulier ingevuld en ondertekend opsturen via het contactformulier op de website:

www.huisartsenpensioen.nl/service-en-contact/contact/formulier