

VERKLARING VERWERPING PARTNERPENSIOENRECHTEN

Ondergetekende

(naam verzekerde):
Geboortedatum:
Wonende te:
Naam werkgever:
Polisnummer:

Verklaart hierbij uitdrukkelijk en zonder voorbehoud, af te zien van de aanspraak op partnerpensioen uit hoofde van de door de werkgever voor haar personeel getroffen pensioenregeling, hoewel hij/zij voldoet aan de in het reglement gestelde voorwaarden en derhalve in aanmerking zou komen voor een partnerpensioen.

Ondergetekende verklaart hierbij, mede namens zijn/haar echtgeno(o)t(e)/partner, die deze verklaring mede voor akkoord ondertekent, geen aanspraken op partnerpensioen te doen gelden, voor zijn/haar nabestaanden over de periode, waarin de ondergetekende afziet van de aanspraak op partnerpensioen.

Mocht ondergetekende op enig moment alsnog besluiten aanspraak te willen maken op partnerpensioen, dan zullen de daaruit voortvloeiende rechtenslechts betrekking hebben op de periode, welke ligt tussen het

Ondertekening

getekend te
datum / /

handtekening
werknemer

naam verzekerde

handtekening
echtgenoot/partner

naam
echtgenoot/partner

alsdan toetreden tot bedoelde deel van de regeling en de pensioendatum of de eerdere datum van beëindiging van het dienstverband. Het alsnog aanspraak maken op partnerpensioen door ondergetekende behoeft de toestemming van de werkgever.

Ondergetekende is bekend met het feit dat toetreding in de toekomst afhankelijk is van (medische) acceptatie door de uitvoerder van de pensioenregeling.

Ondergetekende verklaart de strekking van deze verklaring volledig te begrijpen en op de hoogte te zijn van de consequenties ervan.

Ondergetekende verklaart bekend te zijn met het feit dat Allianz als financiële aanbieder niet adviseert en dat hij/zij zich voor een deskundig advies kan wenden tot zijn/haar financieel adviseur.

Ondertekening

getekend te
datum / /

handtekening
werkgever
voor akkoord

handtekening
financieel adviseur
voor akkoord