



AANMELDINGSFORMULIER

REGELING AANVULLEND ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSPENSIOEN

Ondergetekende,

Naam : Polisnummer:

Adres :

Woonplaats :

Geboortedatum :

in aanmerking nemende:

dat bij de werkgever, St. Heineken Pensioenfonds, de Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen van kracht is;

- dat de Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen zal worden uitgevoerd door de Stichting Heineken Pensioenfonds en is vastgelegd in het Reglement Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen;
- dat verzekerde voor deelname aan deze regeling in aanmerking komt;

verklaart

1. dat verzekerde wenst deel te nemen aan de Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen van St. Heineken Pensioenfonds, welke regeling wordt uitgevoerd door Stichting Heineken Pensioenfonds en is omschreven in het Reglement Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen;
2. dat verzekerde kennis heeft genomen van de inhoud van de Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen zoals vermeld in het reglement van de Stichting Heineken Pensioenfonds en dat deze de inhoud heeft begrepen;
3. dat verzekerde derhalve bekend is met de uit deze regeling voortvloeiende rechten en de daarmee onverbrekelijk samenhangende verplichtingen;

Plaats:

Datum:

Handtekening: