



**AANMELDINGSFORMULIER
voor de Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen**

Ondergetekende,

Naam : Polisnummer:

Adres :

Woonplaats :

Geboortedatum :

in aanmerking nemende:

- dat bij de werkgever de Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen van kracht is;
- dat de Regeling Aanvullend Arbeidsongeschiktheidspensioen zal worden uitgevoerd door de Stichting Heineken Pensioenfondsv 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 de werkgever, welke regeling wordt uitgevoerd door Stichting Heineken Pensioenfondsv 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 Pensioenfondsv en dat deze de inhoud heeft begrepen;
3. dat verzekerde derhalve bekend is met de uit deze regeling voortvloeiende rechten en de daarmee onverbreekelijk samenhangende verplichtingen;

Plaats:

Datum:

Handtekening:
