



Machtigingsformulier

Gegevens arbeidsongeschiktheid MOVIR

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

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

De machtiging eindigt zodra door de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen 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