

**WAARDEOVERDRACHTFORMULIER COLLECTIEF PENSIOEN**

Dit formulier dient ingevuld te worden door de werknemer na deelname in de pensioenregeling via de werkgever. Het ingevulde formulier kan gemaïld worden naar Bolk Assurantiën via [info@bolkassurantiën.nl](mailto:info@bolkassurantiën.nl)

<b>Deelnemer</b>	
Achternaam:	_____ Man / Vrouw
Voorvoegsels:	_____
Voorletters:	_____
Roepnaam:	_____
Geboortedatum:	_____
BSN:	_____
Adres:	_____
Postcode/Woonplaats:	_____
Burgerlijke staat:	<input type="radio"/> alleenstaand
	<input type="radio"/> gehuwd, sinds (datum) _____
	<input type="radio"/> geregistreerd partner, sinds (datum) _____
	<input type="radio"/> samenwonend zonder akte, sinds (datum) _____
	<input type="radio"/> samenwonend met akte, sinds (datum) _____

<b>Gegevens nieuwe werkgever</b>	
Naam:	_____
Contract, polis- of registratienummer:	_____
De werknemer is in dienst getreden op :	_____
De werknemer toevoegen aan regeling per:	_____

<b>Vorige uitvoerder pensioenregeling</b>	
Naam:	_____
(Post)adres:	_____
Postcode en woonplaats:	_____
Contract, polis- of registratienummer:	_____

<b>Gegevens vorige werkgever</b>	
Naam:	_____
Vestigingsplaats:	_____

**Ondertekening**

Datum: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Handtekening Deelnemer: \_\_\_\_\_