

Wijzigingsformulier

Huisarts in dienstverband

1. Deelnemersgegevens (altijd invullen)

Relatienummer huisarts in dienstverband _____

Naam huisarts

Relatienummer werkgever _____

Ingangsdatum mutatie/wijziging _____

2. Mutatie/wijziging gegevens werkgever

Naam werkgever

Contactpersoon

Adres

Postcode en plaats

Telefoon _____ E-mail _____

3. Wijziging persoonsgegevens

Correspondentieadres* _____

Postcode en woonplaats _____

Adres buitenland _____

Telefoonnummer privé _____ Telefoonnummer zakelijk _____

E-mailadres _____

* Adreswijziging alleen indien het een afwijkend correspondentieadres is, wijzigingen in het woonadres ontvangen wij automatisch via de gemeentelijke basisadministratie.

* **Het correspondentieadres mag niet het adres van de werkgever zijn.**

Burgerlijke staat:

Gehuwd Geregistreerd partnerschap Samenleving o.b.v. notariële akte** Ongehuwd

** Graag ontvangen wij de kopie van de volledige notariële akte of een vervangende verklaring die u bij het fonds kunt aanvragen en die een notaris moet waarmerken.

4. Mutatie/wijziging gegevens arbeidsverhouding (in te vullen door de werkgever)

Graag vernemen wij van u als werkgever gedurende het jaar alle wijzigingen van het bruto fulltime jaarsalaris en het parttime percentage _____

Bruto fulltime jaarsalaris* € _____

Parttime percentage**

Ja, te weten % _____ Nee _____

Datum in dienst _____ Datum uit dienst _____

* Het bruto fulltime jaarsalaris is het contractueel overeengekomen vaste fulltime jaarsalaris, inclusief vakantietoeslag, de vaste eindejaarsuitkering.

** Hier vult u het parttime percentage in per de datum indiensttreding. In een aantal gevallen zal dit niet precies vaststaan (bijvoorbeeld voor werknemers die een arbeidsovereenkomst met een afgesproken aantal uren hebben, maar in praktijk wisselend werken). In die situatie vult u een geschat percentage in. Wanneer aan het eind van het jaar (of bij tussentijdse beëindiging van de deelneming) het definitieve parttime percentage vaststaat, kunt u deze aan ons doorgeven.

5. Betaalwijze

Hoe wilt u uw premie betalen?

Automatische incasso. Ik machtig Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen te Zeist om, tot wederopzegging, de premies (en eventuele rente) automatisch te laten incasseren. Als u het niet eens bent met de afschrijving, kunt u deze binnen 8 weken bij uw bank storneren. Als u gebruik maakt van automatische incasso, dan verzoeken wij u hieronder uw rekeningnummer in te vullen.

Betalingsverzoek. Ik trek mijn machtiging tot automatische incasso in en ontvang maandelijks een schriftelijk verzoek tot betalen.

Wijziging in uw betalingsgegevens

Rekeningnummer (IBAN) _____

Naam rekeninghouder _____

Vestigingsplaats rekeninghouder _____

6. Ondertekening

Datum en plaats _____

Handtekening werknemer _____

Handtekening werkgever _____

Als u in het bezit bent van een digitale handtekening mag u deze gebruiken, anders kunt u het formulier printen en ondertekenen.

U kunt dit formulier ingevuld en ondertekend opsturen naar:

Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen
Postbus 350
3700 AJ Zeist