

### Terugsturen






Stuur het formulier en de kopie terug naar:  
Stichting Pensioenfonds Postnl,  
Postbus 501, 9700 AM Groningen.  
Of mail het ondertekende formulier naar:  
deelnemer@pensioenpostnl.nl

### Meer informatie

Heeft u vragen? Neem dan contact met ons op via (050) 582 7933.  
Wij zijn maandag tot en met vrijdag bereikbaar van 09.00 uur tot 17.00 uur.  
Of stuur uw e-mail naar [deelnemer@pensioenpostnl.nl](mailto:deelnemer@pensioenpostnl.nl).

## Inhoud

---

	<b>Bewijs van in leven zijn</b>	2
	<b>Fe de Vida</b>	3
	<b>Proof of life</b>	4
	<b>Certificat de vie</b>	5
	<b>Lebensbescheinigung</b>	6

# Bewijs van in leven zijn

## Contactgegevens

Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Pensioennummer	<input type="text"/>

## Burgerlijke staat

Burgerlijke staat	Alleenstaand Weduwe	Gehuwd Weduwnaar	Samenwonen Gescheiden
-------------------	------------------------	---------------------	--------------------------

*Als er een wijziging is in uw burgerlijke staat of samenlevingsvorm verzoeken wij i.v.m. mogelijke vervolgspraken onderstaande gegevens over uw (ex-)partner in te vullen.*

Naam en voorna(a)m(en)	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Adres (als dit afwijkt van adres gepensioneerde/uitkeringsgerechtigde)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

## Legitimatiebewijs

Soort legitimatiebewijs	<input type="text"/>
Nummer legitimatiebewijs	<input type="text"/>

*De ondergetekende verklaart hierbij dat de ingevulde gegevens juist zijn en dat de daar genoemde gepensioneerde/uitkeringsgerechtigde in leven is.*

Naam bevoegde autoriteit	<input type="text"/>
Functie bevoegde autoriteit	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>

Handtekening en stempel bevoegde autoriteit	<input type="text"/>
---	----------------------

# Fe de Vida

## Información de contacto

Apellidos y nombre(s)	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Número de jubilación	<input type="text"/>

## Estado civil

Estado civil	Soltero / Soltera Viuda	Casado / Casada Viudo	Pareja de hecho Divorciado o separado
--------------	----------------------------	--------------------------	--

*Si se ha producido algún cambio en su estado civil o forma de convivencia, por favor rellene los siguientes datos de su (ex) pareja en relación con posibles reclamaciones futuras.*

Apellidos y nombre(s)	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Dirección (si es diferente a la dirección del (de la) pensionista / beneficiario/a de la pensión)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

## Documento de identidad

Tipo de documento de identidad	<input type="text"/>
Número de documento de identidad	<input type="text"/>

*El (La) abajo firmante declara que los datos rellenos son correctos y que el (la) pensionista/beneficiario/a de la asistencia social está vivo/a a fecha de hoy.*

Nombre de la autoridad competente	<input type="text"/>
Cargo de la autoridad competente	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/>

Firma y sello de la autoridad competente	<input type="text"/>
--	----------------------

# Proof of life

## Contact information

Name and given name(s)	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date of birth	<input type="text"/>
Retirement number	<input type="text"/>

## Status

Status	Single	Married	Sharing accommodation
	Widow	Widower	Divorced or separated

*If your civil status or kind of cohabitation changes, please fill in the details below about your (ex) partner, because of followup agreements, if necessary.*

Name and given name(s)	<input type="text"/>
Date of birth	<input type="text"/>
Address (if different from address of pensioner/beneficiary)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Proof of identity

Type of proof of identity	<input type="text"/>
Number of proof of	<input type="text"/>

*The undersigned hereby declares that the details above are correct and that the pensioner/beneficiary is alive on this date.*

Name of qualified authority	<input type="text"/>
Position of qualified authority	<input type="text"/>
City/town	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>

Signature and official stamp of qualified authority	<input type="text"/>
---	----------------------

# Certificat de vie

## Informations de contact

Nom et prénom(s)	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Numéro de retraité	<input type="text"/>

## État civil

État civil	Célibataire	Marie(é)	Cohabitant
	Veuve	Veuf	Divorcé(e)

*En cas de modification d'état civil ou de forme de cohabitation, nous vous demandons de compléter les données suivantes concernant votre (ex-)partenaire, dans le cadre d'éventuelles requêtes ultérieures.*

Nom et prénom(s)	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse (si celle-ci est différente de l'adresse du/de la retraité(e) ou de l'allocataire)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

## Pièce d'identité

Nature de la pièce d'identité	<input type="text"/>
Numéro de la pièce d'identité	<input type="text"/>

*Le/la soussigné(e) déclare par celle-ci que les informations données sont correctes et que le(a) retraité(e) présumé(e) est en vie ce jour.*

Nom de l'autorité compétente	<input type="text"/>
Profession/poste de l'autorité compétente	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>

Signature et cachet de l'autorité compétente	<input type="text"/>
--	----------------------

# Lebensbescheinigung

## Kontaktdaten

Name und Vorname(n)	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>

## Familienstand

Familienstand	Ledig Witwe	Verheiratet Witwer	Zusammenlebend Geschieden
---------------	----------------	-----------------------	------------------------------

*Tritt eine Änderung auf bezüglich Ihres Familienstandes, fordern wir Sie auf diese an uns mitzuteilen. Veränderungen können mögliche Folgen haben auf die zukünftige Rentenverteilung.*

Name und Vorname(n)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse (Wenn diese nicht übereinstimmt mit der Adresse des Rentenempfänger)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Legitimation

Art des Ausweises	<input type="text"/>
Nummer des Ausweises	<input type="text"/>

*Der Unterzeichner erklärt das die angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen und das der Rentenempfänger lebt.*

Name der Behörde	<input type="text"/>
Amt der Behörde	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>

Unterschrift und Stempel der zuständigen Behörde	<input type="text"/>
--	----------------------