

KLACHTENFORMULIER

Uw gegevens

Naam en voorletters: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Geboortedatum: _____

Administratienummer SPF: _____

Omschrijving klacht (fase 1/fase 2)¹

Bij ruimtegebrek kunt u de achterzijde van dit formulier gebruiken of een bijlage toevoegen.

Datum:

Handtekening:

**Dit formulier sturen naar: SPF, Antwoordnummer 130, 6130 VB Sittard
(of vanuit het buitenland naar: SPF, Poststraat 1, 6135 KR Sittard).**

Mailen mag ook naar Info.PensioenfondsSABIC@dsm.com. Dit wordt gezien als minder veilig en is de eigen verantwoordelijkheid.

¹ Doorhalen wat niet van toepassing is. In de brochure '[Klachten en geschillen](#)' is opgenomen wat het verschil is tussen een (interne) klacht in fase 1 of in fase 2.

