



An das Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Berlin
Rheinbabenallee 12

Mitglieds-Nr.:

14199 Berlin

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

nach § 15 der Satzung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin (VZB) in der
gültigen Fassung

Ich stelle Antrag auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente nach § 15 der Satzung des VZB

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Bankverbindung: _____

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

Geburts-, Vorname des/der Ehegatten(in): _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

1. Haben Sie Zeiten in einer anderen **berufsständischen Versorgung im Bundesgebiet** zurückgelegt?

vom – bis

Name des Versorgungswerkes

nein ja _____

2. Haben Sie Beiträge zu einem **Versicherungsträger in einem anderen Staat** gezahlt?

Anzugeben sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder Ihnen gleichgestellte Personen in der EU bzw. in dem EWR.

	vom – bis	Versicherungsträger/Versorgungssystem
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
	Staat	ausländische Versicherungsnummer/Aktenzeichen Staatsangehörigkeit

3. Ich bin damit einverstanden, daß ein etwaiger Beitragsrückstand von meiner Berufsunfähigkeitsrente einbehalten wird.

(Ort/Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)

Anlage: Anlage zum Berufsunfähigkeitsrentenantrag
Fragebogen zur Krankenversicherung der Rentner
Zusatzfragebogen zur Pflegeversicherung sowie Merkblatt

Anmerkung

Bitte fügen Sie diesem Antrag Ihre Geburtsurkunde bei, sofern diese im Rahmen einer vorangegangenen Kontenklärung noch nicht übersandt wurde. Die Geburtsurkunde kann im Original eingesandt werden oder in Kopie. Sofern Sie uns ein Original einsenden, werden wir Ihnen dieses selbstverständlich zurücksenden.