



An das Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Berlin
Rheinbabenallee 12

Mitglieds-Nr.:

14199 Berlin

Antrag auf Halbwaisenrente/Vollwaisenrente

nach § 20 der Satzung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin (VZB) in der
gültigen Fassung

Ich stelle Antrag auf Zahlung der Halbwaisenrente nach § 20 Abs. 1 der Satzung des VZB ab
dem ____ . ____ . ____

Ich stelle Antrag auf Zahlung der Vollwaisenrente nach § 20 Abs. 1 der Satzung des VZB ab
dem ____ . ____ . ____

Name, Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Bankverbindung:

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

Name, Vorname des verstorbenen
Mitglieds:

Letzte Wohnanschrift:

Geburtsdatum:

Sterbedatum:

Sterbeurkunde bitte beifügen

Bitte Rückseite beachten!

