



An das Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Berlin
Rheinbabenallee 12

Mitglieds-Nr.:

14199 Berlin

Antrag auf Witwen/Witwerrente

nach § 19 der Satzung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Berlin (VZB) in der
gültigen Fassung

Ich stelle Antrag auf Zahlung der Witwenrente nach § 19 Abs. 1 der Satzung des VZB ab
dem ____ . ____ . ____

Ich stelle Antrag auf Zahlung der Witwerrente nach § 21 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

1. Hat das verstorbene Mitglied Zeiten in einer anderen **berufsständischen Versorgung im Bundesgebiet** zurückgelegt?

vom – bis

Name des Versorgungswerkes

nein

ja

2. Wurden für das verstorbene Mitglied 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

nein

ja

Staat

ausländische Versicherungsnummer/Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

3. Ich bin damit einverstanden, daß ein etwaiger Beitragsrückstand des verstorbenen Mitglieds von meiner Rente einbehalten wird.

(Ort/Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)

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

Anmerkung

Bitte fügen Sie diesem Antrag Ihre Geburtsurkunde sowie die Sterbeurkunde bei. Die Urkunden können im Original eingesandt werden oder in Kopie. Sofern Sie uns Originale einsenden, werden wir Ihnen diese selbstverständlich zurücksenden.