



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

Bitte Rückseite beachten!

