



An das Versorgungswerk der  
Zahnärztekammer Berlin  
Klaus - Groth - Str. 3

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

14050 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  
des VZB ab 

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des verstorbenen Mit-  
glieds: \_\_\_\_\_

Letzte Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sterbedatum: \_\_\_\_\_  
Sterbeurkunde bitte beifügen



Die berufsständischen Versorgungswerke sind nach § 22 a Einkommensteuergesetz (ESTG) verpflichtet, jährlich eine Rentenbezugsmitteilung an das zuständige Finanzamt abzugeben. Dazu benötigen wir Ihre persönliche Identifikationsnummer nach § 139 b der Abgabenordnung (AO). Diese wurde Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt.

Meine persönliche Steueridentifikationsnummer lautet: \_\_\_\_\_

Ich füge eine Kopie des Schreibens vom Bundeszentralamt für Steuern bei, aus der meine persönliche Steueridentifikationsnummer hervorgeht.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers bzw. Erziehungsberechtigten)

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.