



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

14050 Berlin

Mitglieds-Nr.: _____

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.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Name des Ehe/Lebenspartners: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Kontoverbindung

Überweisung auf mein Konto

Überweisung auf Konto
Kontoinhaber: _____
(sofern abweichend vom Rentenantragssteller)

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)

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.