



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

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

14050 Berlin

### 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)

IBAN (International Bank Account Number)

IBAN form with fields for country (D, E), separator, and digits.

BIC (Bank Identifier Code)

BIC form with fields for letters and digits.

Bitte beachten Sie: Bei einem ausländischen Konto ist zwingend die BIC anzugeben.

In Kenntnis dessen, dass der Rentenanspruch gem. § 14 i.V. m § 12 Abs. 3 S. 3 der Satzung mit Ablauf des Sterbemonats endet, bevollmächtige ich hiermit

das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin K.d.ö.R., Klaus-Groth-Str. 3, 14050 Berlin

gegebenenfalls überzahlte Rentenleistungen von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Ich versichere, dass ich Inhaber dieses Kontos bin.

Davon unberührt bleiben Erstattungsansprüche gegen Personen, die zu Unrecht über überzahlte Rentenbeträge nach meinem Tode verfügen.

Datum, Ort

Unterschrift

Die Zustimmung ist jederzeit frei widerruflich.

Versicherungsrechtliche Angaben

Haben Sie Zeiten in einer anderen berufsständischen Versorgung im Bundesgebiet zurückgelegt?

vom - bis

Name des Versorgungswerkes

nein ja

Haben Sie 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

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.