



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.