

Bitte zurück an die

Versorgungswerk der Landestierärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Potsdamer Straße 47
14163 Berlin

**Antrag auf Zahlung eines Sterbegeldes**

Sehr geehrte(r) Antragsteller(in). Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir einige wichtige Informationen und Unterlagen. Für den Fall, dass nicht alle Fragen beantwortet werden können, stehen wir Ihnen gern mit Rat und Tat zur Seite. Sie erreichen uns von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 – 15.00 Uhr sowie nach Terminvereinbarung. Falls Sie den Antrag in unseren Geschäftsräumen ausfüllen möchten, empfehlen wir Ihnen eine telefonische Voranmeldung.

Ihre Tierärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern

I. Personalien des verstorbenen Mitglieds **Mitgl.-Nr.:**

Titel _____ Geburtsdatum _____

Name _____

Vorname _____ Sterbedatum _____

II. Personalien des/der Antragstellers/in für die Sterbegeldzahlung

Name _____ Geburtsname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Privatanschrift _____

Telefon _____ Telefax _____

Steueridentifikationsnummer:

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

Das Versorgungswerk ist verpflichtet, den Leistungsbezug nach §22a EstG an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden.

III. Woran verstarb das Mitglied (Todesursache):
