

Erklärung

Hiermit bestimme ich, dass für die **Beihilfe**, die nach meinem Tode von der KZV Berlin aus Mitteln des Sozialfonds gezahlt wird, folgende Person bezugsberechtigt sein soll:

Vorname, Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Ich selbst bin am _____ geboren und Mitglied der KZVB.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit eine andere bezugsberechtigte Person benennen kann.

Berlin, den _____

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Wohnanschrift

wenn vorhanden, hier Kassenstempel

Bitte senden Sie diese Erklärung an:

KZV Berlin, Abt. Zulassung/Register, Georg-Wilhelm-Str. 16, 10711 Berlin,

oder faxen Sie diese an die Fax-Nr. **89004-353**.