

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie in jedem Jahr benötigen wir auch jetzt wieder von Ihnen, als Nachweis für die Fortzahlung von Versorgungsleistungen, eine Lebensbescheinigung. Wir bitten Sie, uns das unten vorgedruckte Formular möglichst umgehend ausgefüllt und von Ihrer Gemeinde, dem Einwohnermeldeamt, der Bezirksstelle der Zahnärztekammer oder der Verwaltungsstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bestätigt, zurückzusenden.

Sollten Sie aus gesundheitlichen Gründen keine der o. g. Stellen aufsuchen können, akzeptieren wir auch eine Bestätigung Ihres behandelnden Arztes.

Wir müssen leider die Weiterzahlung Ihrer Rente von dieser Lebensbescheinigung abhängig machen.

Mit freundlichen Grüßen,
Ihr Altersversorgungswerk

LEBENS BESCH E I N I G U N G
(zum Zwecke der Rentenzahlung)

Hierdurch wird bescheinigt, daß sich

Herr/Frau

wohnhaft in

geboren am

am am Leben befand.

Ort, Datum

Stempel

.....

.....

Unterschrift

