

**Altersversorgungswerk  
der Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11a  
30519 Hannover**

Telefon: 0511 21570-100  
E-Mail: [mitgliederverwaltung@avw-nds.de](mailto:mitgliederverwaltung@avw-nds.de)  
[www.avw-nds.de](http://www.avw-nds.de)

## **LEBENS BESCHEINIGUNG** (zum Zwecke der Rentenzahlung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie in jedem Jahr benötigen wir von Ihnen eine Lebensbescheinigung als Nachweis für die Fortzahlung von Versorgungsleistungen. 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.

Sollten Sie die Lebensbescheinigung nicht rechtzeitig vorlegen und dadurch Ihrer Mitwirkung nicht nachgehen, wird die Rentenzahlung eingestellt.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Altersversorgungswerk

**Hierdurch wird bescheinigt, dass sich**

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
wohnhaft in	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
am	
<input type="text"/>	<b>am Leben befand.</b>

	Siegel/Stempel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Unterschrift
	<input type="text"/>