

Anmeldung für eine Hinterlassenenrente

Abrechnungs-Nr. (sofern bekannt) _____

1. Überlebender Ehegatte / eingetragener Partner

Name, Vorname _____

AHV-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Strasse, PLZ, Wohnort _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

2. Verstorbener Ehegatte / eingetragener Partner

Name, Vorname _____

AHV-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Todesdatum _____

3. Vormundschaftliche Massnahmen

Bestehen vormundschaftliche Massnahmen?

ja

nein

Wenn ja:

beim Überlebenden

beim Verstorbenen

Wenn ja:

Vormundschaft

Beiratschaft

Beistandschaft

Adresse der Vormundschaftsbehörde _____

Adresse des Vormundes / Beirates / Beistandes _____

4. Kinder

Eigene Kinder bzw. Pflegekinder im Alter bis 20 oder wenn in Ausbildung bzw. erwerbsunfähig im Alter bis 25 Jahren:

Name, Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr.	Kind verdient eigenes Erwerbseinkommen von über CHF 2'000 pro Monat
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Allgemeine Fragen

Wurde der Tod durch einen Dritten herbeigeführt? ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Dritten oder von dessen Haftpflichtversicherung

War die versicherte Person für Leistungen angemeldet oder bezog bisher solche (z.B. ärztliche Behandlungen, Taggelder, Rente, Hilfsmittel) bei

- nein einer Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers?
- nein der SUVA oder einer anderen Unfallversicherung?
- nein einer Krankenkasse?
- nein der Militärversicherung?

Wenn ja, Name(n) und Adresse(n) der Versicherung(en)

6. Erforderliche Unterlagen

- Kopie Familienbüchlein
- Kopie Todesschein
- bei Kindern bzw. Pflegekindern in Ausbildung im Alter zwischen 20 und 25: Ausbildungsbestätigung sowie Einkommensnachweis (bspw. Arbeitsvertrag, Lehrvertrag), sofern das Kind ein eigenes Erwerbseinkommen von über CHF 2'000 pro Monat verdient.
-

7. Zahlungsverbindung

(Bitte Einzahlungsschein beilegen, wenn vorhanden)

Post- / Bankkonto

Name der Bank oder der Post

Adresse

Kontoinhaber

IBAN

SWIFT (Auslandzahlung)

8. Bemerkungen

9. Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt der Hinterlassene, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Im Weiteren ermächtigt er alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, der PAT-BVG die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung erforderlichen Auskünfte zu geben.

Ort und Datum

Unterschrift des Hinterlassenen oder des Vertreters

**Personalvorsorgestiftung
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

Leitung und Vorsorge

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00
www.pat-bvg.ch
info@pat-bvg.ch

Ressort Immobilien

PAT BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

Tel. +41 31 330 22 62
www.pat-bvg.ch
immo@pat-immo.ch