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

_____

31253 / 04.2025

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
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ 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

☐ einer Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers?
☐ der SUVA oder einer anderen Unfallversicherung?
☐ einer Krankenkasse?
☐ 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