

# 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<br>Erwerbseinkommen von über<br>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