

# 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 \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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

---

## 7. Zahlungsverbinding

*(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  
Fax +41 71 556 34 67  
info@pat-bvg.ch

**Ressort Immobilien**

PAT BVG  
Kapellenstrasse 5  
3011 Bern

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