

Anmeldung zum Bezug von Invalidenleistungen

Abrechnungs-Nr. (sofern bekannt) _____

1. Personalien

Name, Vorname _____

AHV-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Strasse, PLZ, Wohnort _____

2. Vormundschaftliche Massnahmen

Bestehen vormundschaftliche Massnahmen?

ja

nein

Wenn ja:

Vormundschaft

Beiratschaft

Beistandschaft

Adresse der Vormundschaftsbehörde _____

Adresse des Vormundes / Beirates / Beistandes _____

3. Angaben über Beruf und bisherige Tätigkeit

Die nachstehenden Angaben sind für die letzten 2 Jahre vor Einreichung der Anmeldung zu machen. Selbständigerwerbende haben unter «Arbeitgeber» den Vermerk «selbständig» anzubringen.

Art	Name und Adresse des Arbeitgebers	Dauer von / bis	Jahres-Bruttolohn CHF
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Behinderung

Die Behinderung wurde verursacht durch:

Geburtsgebrechen

Krankheit

Unfall

Nähere Angaben über die Behinderung

Seit wann besteht die Behinderung?

Wurde die Behinderung ganz oder teilweise durch einen Dritten herbeigeführt?

ja nein

Wer hat die versicherte Person wegen ihres Leidens ärztlich behandelt?

Name und Adresse des Arztes
bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Dauer von / bis
(Monat und Jahr)

5. Krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit

voll	Dauer von / bis	teilweise	in %	Dauer von / bis

6. Allgemeine Fragen

Ist die versicherte Person für Leistungen angemeldet oder erhält sie solche (z.B. ärztliche Behandlungen, Taggeld, 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)

Wurde für die versicherte Person schon eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV eingereicht?

- Nein
- Ja, bei welcher IV-Stelle?

7. Erforderliche Unterlagen

- Kopien der Taggeldbelege
- Arztzeugnisse
- IV-Entscheide
- UVG-Entscheide
- MVG-Entscheide
- Kopie Familienbüchlein
- bei Kindern bzw. Pflegekindern in Ausbildung im Alter zwischen 20 und 25: Ausbildungsbestätigung

8. Zahlungsverbindung

(Bitte Einzahlungsschein beilegen, wenn vorhanden)

Post- / Bankkonto

Name der Bank oder der Post

Adresse

Kontoinhaber

IBAN

SWIFT (Auslandzahlung)

9. Bemerkungen

10. Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Im Weiteren ermächtigt sie 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**

Ressort Vorsorge

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

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