

Demande de rente d'invalidité

No de décompte (si connu)							
1. Identité							
Nom, prénom							
No AVS							
Date de naissance							
Rue, NPA, lieu							
2. Mesures tutélaires							
Existe-t-il des mesures tutélaires?	□ oui	□ non					
Si oui:	□ tutelle	□ conseil légal	□ curatelle				
Adresse de l'autorité tutélaire							
3. Indications sur la profession et l'activité exercée jusqu'ici Les indications suivantes doivent porter sur les 2 dernières années qui précèdent cette demande. Les indépendants inscriront sous «employeur» la mention «indépendant».							
Genre Nom et adresse de l'em	ployeur	Durée du – au	Salaire annuel brut CHF				
4. Infirmité							
L'infirmité est la cause de:							
☐ infirmité congénitale ☐ maladie	□ accident						
Précisions concernant l'infirmité							
Depuis quand l'infirmité existe-t-elle?							



L'infirmité	fut-elle causée, entièrement ou par	tiellement, par un tiers?			□ oui □ non
Qui a traité	é médicalement la personne assuré	ée?			
Nom et ad	resse du médecin resp.				Durée du – au
de l'hôpital	l ou du home médicalisé				(mois et année)
-					
5. Inca	apacité de travail dû à la	ı maladie ou à l'acc	ident		
ontière	Duráo du ou	portialla	on 9/	Durán du n	
entière	Durée du – au	partielle	en %	Durée du – a	u
	-			_	
6. Que	estions générales				
Lanaraan	oo oogurée o t elle précepté une de	amanda da araatatiana ay ra	acit alla da	a praetationa (p	av acina mádiacus indomnitás
	ne assurée a-t-elle présenté une de s, rente, moyens auxiliaires) de la		çoit-elle de	s prestations (p.	ex. soms medicaux, indemnites
☐ de l'ass	surance RC de la personne qui a c	ausé l'accident?			
	:NA ou d'une autre compagnie d'as				
☐ d'une d	caisse maladie?				
☐ de l'ass	surance militaire?				
Si oui, non	n(s) et adresse(s) de l'assurance/de	es assurances			
Une dema	nde en vue de l'obtention de presta	ations Al a-t-elle déjà été déj	posée pour	la personne ass	surée?
_					
□ non □ oui. au	près de quel office AI?				
	prod do quer emee 7 m .				
7. Dos	ssiers nécessaires				
□ copies	des justificatifs d'indemnités journa	alières			
	ats médicaux				
☐ décisio	ns de l'Al				
	ns de la LAA				
	ns de la LAMA				
•	du livret de famille	la an âga antro 20 at 25 ans	e: attactation	n de formation	
□ pour le	s enfants resp. les enfants en gard	e, en age enne 20 et 23 ans	. au c siai/0/	i ue ioiiiialioii	



8. Paiement					
(si possible joindre un bulletin de versement)					
Compte postal / bancaire					
Nom de la banque ou de la poste					
Adresse					
Titulaire du compte					
IBAN					
SWIFT (paiement à l'étranger)					
9. Remarques					
10. Signature					
Par sa signature la personne assurée atteste avoir répondu aux questions de façon véridique et complète. Par ailleurs, elle autorise toutes les personnes et instances pouvant être concernées de donner à la PAT BVG toutes les informations utiles à la vérification de la prétention et à l'examen du droit à la prestation.					
Lieu et date	Sig	nature du survivant ou de son représentant			

Personalvorsorgestiftung der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG

Secteur prévoyance

PAT BVG Frongartenstrasse 9 9001 St.Gallen

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