

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

Adresse du tuteur / du conseiller légal / du curateur

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'employeur	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 partiellement, par un tiers? oui non

Qui a traité médicalement la personne assurée?

Nom et adresse du médecin resp.
de l'hôpital ou du home médicalisé

Durée du – au
(mois et année)

5. Incapacité de travail dû à la maladie ou à l'accident

entière	Durée du – au	partielle	en %	Durée du – au
	<hr/>		<hr/>	<hr/>
	<hr/>		<hr/>	<hr/>
	<hr/>		<hr/>	<hr/>

6. Questions générales

La personne assurée a-t-elle présenté une demande de prestations ou reçoit-elle des prestations (p.ex. soins médicaux, indemnités journalières, rente, moyens auxiliaires) de la part.

- de l'assurance RC de la personne qui a causé l'accident?
- de la CNA ou d'une autre compagnie d'assurance accidents?
- d'une caisse maladie?
- de l'assurance militaire?

Si oui, nom(s) et adresse(s) de l'assurance/des assurances

Une demande en vue de l'obtention de prestations AI a-t-elle déjà été déposée pour la personne assurée?

- non
- oui, auprès de quel office AI?

7. Dossiers nécessaires

- copies des justificatifs d'indemnités journalières
- certificats médicaux
- décisions de l'AI
- décisions de la LAA
- décisions de la LAMA
- copie du livret de famille
- pour les enfants resp. les enfants en garde, en âge entre 20 et 25 ans: attestation de formation

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

Signature du survivant ou de son représentant

Personalvorsorgestiftung der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG

Direction et prévoyance

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tél. +41 71 556 34 00
Fax +41 71 556 34 67
info@pat-bvg.ch

Ressort immeubles

PAT BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

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