

Demande de rente de survivants

No de décompte (si connu) _____

1. Conjoint survivant / partenaire enregistré

Nom, prénom _____

No AVS _____

Date de naissance _____

Rue, NPA, lieu _____

No tél. _____

Adresse e-mail _____

2. Conjoint / partenaire enregistré décédé

Nom, prénom _____

No AVS _____

Date de naissance _____

Date du décès _____

3. Mesures tutélaires

Des mesures tutélaires existent-elles?

oui

non

Si oui:

pour le survivant

pour la personne décédée

Si oui:

tutelle

conseil légal

curatelle

Adresse de l'autorité de tutelle _____

Adresse du tuteur / du conseiller légal / du curateur _____

4. Enfants

Propres enfants resp. enfants en garde jusqu'à l'âge de 20 ans ou, si en formation initiale ou inaptes au travail jusqu'à l'âge de 25 ans:

Nom, prénom	Date de naissance	No AVS	L'enfant perçoit un revenu professionnel propre de plus de CHF 2'000 par mois
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

5. Questions d'ordre général

Le décès de l'assuré a-t-il été causé par un tiers? oui non

Si oui, nom et adresse de ce tiers ou de son assurance RC

La personne assurée avait-elle requis des prestations ou a-t-elle déjà touché des prestations (p.ex. traitements médicaux, indemnités journalières, rente, moyens auxiliaires) de la part

- d'une assurance RC de la personne qui a causé l'accident?
- de la SUVA (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

6. Dossiers nécessaires

- Copie du livret de famille
- Copie de l'acte de décès
- Pour propres enfants resp. enfants en garde, en âge entre 20 et 25 ans et en formation: attestation de formation ainsi que justificatif de revenu (p. ex. contrat de travail, contrat d'apprentissage), dans la mesure où l'enfant perçoit un revenu professionnel propre de plus de CHF 2'000 par mois.
-

7. 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)

8. Remarques

9. Signature

Par sa signature, le survivant atteste avoir répondu aux questions de façon véridique et complète. Par ailleurs, il 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
www.pat-bvg.ch
info@pat-bvg.ch

Ressort immeubles

PAT BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

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