

## Richiesta di rendita per superstiti

No. di conteggio .....

### Coniuge superstite / partner registrato

Cognome e nome ..... No. AVS ..... Data di nascita .....

Via, NPA, domicilio .....

### Coniuge defunto / partner registrato

Cognome e nome ..... No. AVS ..... Data di nascita .....

Data del decesso .....

### Misure tutorie

Sono state adottate misure tutorie?  sì  no  
 Se sì:  per il superstite  per il defunto  
 Se sì:  tutela  assistenza  curatela

Indirizzo dell'autorità tutoria .....

Indirizzo del tutore / assistente / curatore .....

### Figli

Figli propri e figli elettivi di età fino a 20 anni, o fino a 25 se in formazione o con incapacità di guadagno:

Cognome e nome ..... No. AVS ..... Domicilio .....

.....

.....

## Domande di carattere generale

---

Il decesso della persona assicurata è stato causato da terzi?  sì  no

Se sì: indicare nome e indirizzo del terzo o del suo assicuratore di responsabilità civile

.....

La persona assicurata aveva presentato richiesta di prestazioni o ne beneficiava già (p. es. cura medica, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari) presso

l'assicuratore di responsabilità civile dell'autore dell'incidente?

la SUVA o un altro assicuratore infortuni?

una cassa malati?

l'assicurazione militare?

Se sì: indicare nome e indirizzo dell'assicuratore?

.....

.....

.....

## Documenti necessari

---

copia libretto di famiglia

copia certificato di morte

*in presenza di figli o figli elettivi tra i 20 e i 25 anni che seguono una formazione: allegare un'attestazione di formazione*

.....

## Relazione di pagamento

---

*(Prego allegare un bollettino di versamento oppure una copia della richiesta di aperture del conto di libero passaggio)*

### Conto bancario

Nome della banca: ..... Indirizzo: .....

Titolare del conto: ..... No. del conto: .....

No. di clearing: ..... IBAN: .....

### Conto postale

Titolare del conto: ..... No. del conto: .....

## Osservazioni

---

.....

.....

.....

## **Firma**

---

Con la propria firma la persona superstite conferma di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero. Inoltre autorizza tutte le persone e uffici interessati a fornire a PAT-BVG le informazioni necessarie per l'accertamento delle pretese e per la verifica del diritto alle prestazioni.

Luogo e data

Firma della persona superstite o del suo rappresentante

.....

.....