

# Richiesta di rendita per superstiti

No. di conteggio (se a conoscenza) \_\_\_\_\_

## 1. Coniuge superstite / partner registrato

Cognome e nome \_\_\_\_\_

No. AVS \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Via, NPA, domicilio \_\_\_\_\_

No. di telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

## 2. Coniuge defunto / partner registrato

Cognome e nome \_\_\_\_\_

No. AVS \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Data del decesso \_\_\_\_\_

## 3. 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 \_\_\_\_\_

#### 4. 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	Data di nascita	Il figlio guadagna un proprio reddito da lavoro di oltre CHF 2'000 al mese
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

#### 5. 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?

---

---

---

#### 6. Documenti necessari

- copia libretto di famiglia
- copia certificato di morte
- in caso di figli o figli elettivi in formazione in età compresa tra 20 e 25: conferma della formazione e prova del reddito (es. contratto di lavoro, contratto di tirocinio), purché il figlio guadagni un proprio reddito da lavoro di oltre CHF 2'000 al mese.
-

## 7. Relazione di pagamento

(allegare possibilmente un bollettino di versamento)

**Conto postale / bancario**

Nome della banca o  
dell'ufficio postale

Indirizzo

Titolare del conto

IBAN

SWIFT (pagamento all'estero)

## 8. Osservazioni

## 9. 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

**Personalvorsorgestiftung  
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

**Direzione e previdenza**

PAT BVG  
Frongartenstrasse 9  
9001 St.Gallen

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