

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