

Richiesta per l'ottenimento delle prestazioni d'invalidità

No. di conteggio (se a conoscenza) _____

1. Dati personali

Cognome e nome _____

No. AVS _____

Data di nascita _____

Via, NPA, domicilio _____

2. Misure tutorie

Sono state adottate misure tutorie?

sì

no

Se sì:

tutela

assistenza

curatela

Indirizzo dell'autorità tutoria _____

Indirizzo del tutore / assistente / curatore _____

3. Indicazioni sulla professione e sull'ultima attività svolta

Le seguenti indicazioni devono far riferimento agli ultimi 2 anni prima dell'inoltro della presente domanda. Chi esercita un'attività indipendente dovrà inserire l'annotazione "indipendente" al posto di "datore di lavoro"

Tipo	Nome e indirizzo del datore di lavoro	Durata dal – al	Salario annuo lordo CHF
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Menomazione

La menomazione è dovuta a:

infermità congenita

malattia

infortunio

Maggiori indicazioni sulla menomazione

Da quando esiste la menomazione?

La menomazione è stata causata completamente o in parte da terzi?

sì no

Da quale medico e dove è stata curata la persona assicurata ?

Nome e indirizzo del medico curante,
dell'ospedale o della casa di cura

Durata dal – al
(mese e anno)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Incapacità lavorativa dovuta a malattia o infortunio

totale	Durata dal – al	parziale	in %	Durata dal – al
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____
	_____		_____	_____

6. Domande di carattere generale

La persona assicurata ha presentato richiesta di prestazioni o ne beneficia 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?

È stata già inoltrata per la persona assicurata una richiesta per l'ottenimento di prestazioni dell'AI?

- No
- Se sì: presso quale ufficio AI?

7. Documenti necessari

- copia delle ricevute dell'indennità giornaliera
- certificati medici
- decisioni AI
- decisioni LAINF
- decisioni AM
- copia libretto di famiglia
- in presenza di figli o figli elettivi tra i 20 e i 25 anni che seguono una formazione: allegare un'attestazione di formazione*

8. 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)

9. Osservazioni

10. Firma

Con la propria firma la persona assicurata conferma di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero. Autorizza inoltre tutte le persone e gli 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**

Dipartimento previdenza

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

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