

Mutationsmeldung für die freiwillige Weiterversicherung ab Alter 55

Abrechnungs-Nr. (sofern bekannt) _____

1. Personalien

Name, Vorname _____

AHV-Nr. _____

2. Lohnänderung

Neuer Jahreslohn

CHF

(Versicherbar ist maximal der bei der früheren Vorsorge als Arbeitnehmer versicherte Lohn)

Gültig ab _____

3. Änderung Form der freiwilligen Weiterversicherung

Änderung per: _____

Gewünschte Form der freiwilligen Weiterversicherung

- ☐ Risiko und Sparen
☐ nur Risiko

4. Adressänderung

Name _____

Telefon-Nr. _____

Strasse _____

PLZ, Wohnort _____

E-Mail-Adresse _____

Gültig ab _____

5. Zivilstandsänderung

Zivilstand

- | | |
|--|---|
| ☐ verheiratet | ☐ geschieden |
| ☐ eing. Partnerschaft | ☐ aufgelöste Partnerschaft |
| ☐ verwitwet | |

Änderung per _____

Name neu _____

Bei Namensänderung bitte Kopie eines amtlichen Dokuments beilegen.

6. Angaben zur Gesundheit

Nur auszufüllen, wenn Planwechsel / Lohnerhöhung zu bedeutend höheren Leistungen bei Invalidität oder Tod führt:

Sind Sie voll arbeits- bzw. erwerbsfähig?

☐ ja

☐ nein

Hinweis:

Als nicht voll arbeitsfähig gilt eine Person, die bei Versicherungsbeginn

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit fernbleiben muss, oder
- Taggelder infolge von Krankheit oder Unfall bezieht, oder
- bei einer staatlichen Invalidenversicherung angemeldet ist, oder
- eine Rente wegen vollständiger oder teilweiser Invalidität bezieht, oder
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprechend voll beschäftigt werden kann.

Alle übrigen Personen gelten als voll arbeitsfähig.

Wenn nein, Grund?

Beziehen Sie eine Invalidenrente?

☐ ja

☐ nein

Invaliditätsgrad:

%

Sind Sie gegenwärtig vollständig gesund?

☐ ja

☐ nein

Wenn nein, weshalb nicht

Leiden Sie gegenwärtig an einer Krankheit oder an den Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechens?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung, seit wann, Name und Adresse des behandelnden Arztes.

Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Unfälle oder Operationen oder sind in nächster Zeit Operationen vorgesehen?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung, Datum, Name und Adresse des behandelnden Arztes.

Liegen gesundheitliche Risikofaktoren vor (Rauchen, Alkohol, Medikamente usw.)?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

7. Bemerkungen

8. Bestätigung und Unterschrift

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass er/sie die Gesundheitsfragen in diesem Formular vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet hat;

Die PAT BVG kann bei Bedarf die Daten an ihren Vertrauensarzt oder Rückversicherer weitergeben. Sämtliche Daten werden streng vertraulich behandelt.

Ort und Datum

Unterschrift

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

Leitung und Vorsorge

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

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