

# Mutationsmeldung für die freiwillige Weiterversicherung ab Alter 55

Abrechnungs-Nr. ....

Name, Vorname

AHV-Nummer

.....

.....

## Lohnänderung

Neuer Jahreslohn

CHF

.....

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

gültig ab

.....

## Änderung Form der freiwilligen Weiterversicherung

Änderung per: .....

Gewünschte Form der freiwilligen Weiterversicherung

Risiko und Sparen

nur Risiko

## Zivilstandsänderung

Zivilstand  verheiratet  eing. Partnerschaft  geschieden  aufgel. Partnerschaft  
 verwitwet

Änderung per ..... Name neu .....

Bei Namensänderung bitte Kopie eines amtlichen Dokuments beilegen.

## Adressänderung

Name ..... Telefon-Nr. ....

Strasse .....

PLZ, Ort .....

E-Mail-Adresse .....

## Angaben zur Gesundheit

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

Sind Sie voll arbeits- bzw. erwerbsfähig? <sup>1)</sup>  ja  nein

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?

.....  
.....

### **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

.....

- 
- 1) Als nicht voll arbeitsfähig gilt eine Person, die
- 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 teilweise 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.