

Mutationsmeldung für Selbständigerwerbende

Name, Vorname Abrechnungs-Nr.
 AHV-Nummer

Lohnänderung

Neuer Jahreslohn CHF
(Versicherbar ist maximal das AHV-pflichtige Einkommen)
 gültig ab

Wahl Vorsorgeplan

Änderung per:

① **Plankombination gemäss Offerte**
 (bitte unbedingt Kopie der entsprechenden Offerte beilegen)

Bemerkungen (z.B. „gemäss Vorschlag A“,
 gemäss Telefon mit“):

② **Freie Plankombination**

Versicherter Lohn	L ¹ BVG-Koordinationsabzug	<input type="checkbox"/> L ¹			
	L ² BVG-Koordinationsabzug in % des Beschäftigungsgrades	<input type="checkbox"/> L ²			
	L ³ Koordinationsabzug 20% des AHV-Einkommens	<input type="checkbox"/> L ³			
	L ⁴ kein Abzug, versichert ist das gesamte AHV-Einkommen	<input type="checkbox"/> L ⁴			
L ^{5_fix} Koordinationsabzug + Eintrittsschwelle = ½ BVG-Koordinationsabzug, ohne Plafond	<input type="checkbox"/> L ^{5_fix}				
Eintrittsschwelle: L ¹ , L ³ , L ⁴ keine <i>oder</i> gemäss BVG	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> BVG				
L ² fix gemäss BVG <i>oder</i> in % des Beschäftigungsgrades	<input type="checkbox"/> BVG <input type="checkbox"/> in % des Beschäftigungsgrades				
L ⁵ leer lassen, da Eintrittsschwelle immer ½ Koordinationsabzug					
Plafond: ohne (bzw. max. 30-fache max. AHV-Altersrente) <i>oder</i> gemäss BVG <i>oder</i> gemäss UVG <i>oder</i> gemäss SIFO <i>oder</i> 300% der max. Altersrente (bei L ⁵ leer lassen, da immer ohne Plafond)	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> BVG <input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> SIFO <input type="checkbox"/> 300% der max. AHV				
Alter	Ordentliche Sparbeiträge (A):		Zusatzsparen (ZS):		<input type="checkbox"/> A ¹ <input type="checkbox"/> A ²
	Alter	A ¹ A ² A ³ A ⁴ A ⁵ A ⁶ A ⁷ A ⁸ A ⁹	ZS ¹ ZS ²		<input type="checkbox"/> A ³ <input type="checkbox"/> A ⁴
	18/20/25 – 34	7% 11% 16,5% 20% 21% 8% 9% 5% 6%	2% 4%		<input type="checkbox"/> A ⁵ <input type="checkbox"/> A ⁶
	35 – 44	10% 12% 16,5% 20% 22% 11% 12% 7% 8%	2% 3%		<input type="checkbox"/> A ⁷ <input type="checkbox"/> A ⁸
	45 – 54	15% 15% 16,5% 20% 23% 16% 17% 10% 11%	2% 2%		<input type="checkbox"/> A ⁹
55 – 64/65	18% 18% 18,0% 20% 25% 19% 20% 12% 13%	– –		<input type="checkbox"/> ohne ZS <input type="checkbox"/> ZS ¹ <input type="checkbox"/> ZS ²	
Risiko	R ¹ Invalidenrente gemäss BVG-Minimum	<input type="checkbox"/> R ¹			
	%R ² Invalidenrente zwischen 30 und 70% des versicherten Lohnes (5%-Schritte) (bei Löhnen ab 100'000 tiefere Invalidenrente möglich)	<input type="checkbox"/> R ² %			
	Die Ehe- bzw. Lebenspartnerrente beträgt 60% der Invalidenrente, die Invalidenkinder- und Waisenrente 20% und die Vollwaisenrente 30%.				
	B ^b A Beitragsbefreiung (Wartefrist 6 Mt.)				
Kein Todesfallkapital <i>oder</i>	<input type="checkbox"/> ohne				
TK ¹ Todesfallkapital in % des vers. Lohnes (50%, 100%, 150%, 200% wählbar) <i>oder</i>	<input type="checkbox"/> TK ¹ %				
TK ² Auszahlung des Altersguthabens als Todesfallkapital	<input type="checkbox"/> TK ²				

Wenn ja:

Grund	von wann bis wann	geheilt	
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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;
- zur Kenntnis nimmt, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht die PAT-BVG berechtigt, die reglementarischen Leistungen auf die gesetzlichen BVG-Mindestleistungen zu kürzen.

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.