

Mutationsmeldung für Selbständigerwerbende

Abrechnungs-Nr.

Name, Vorname

AHV-Nummer

Lohnänderung

Neuer Jahreslohn

CHF

(Versicherbar ist maximal das AHV-pflichtige Einkommen vor Abzug der eigenen Beiträge an die berufliche Vorsorge.)

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:		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> BVG			
L ¹ , L ³ , L ⁴ keine oder gemäss BVG					
L ² fix gemäss BVG oder 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) oder gemäss BVG oder gemäss UVG oder gemäss SIFO oder 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%.				
	^{Bb} A Beitragsbefreiung (Wartefrist 6 Mt.)				
TK ¹ Kein Todesfallkapital oder	<input type="checkbox"/> ohne				
TK ¹ Todesfallkapital in % des vers. Lohnes (50%, 100%, 150%, 200% wählbar) oder	<input type="checkbox"/> TK ¹ %				
TK ² Auszahlung des Altersguthabens als Todesfallkapital	<input type="checkbox"/> TK ²				

18006 / 06.2018

Wechsel Wartefrist für Invalidenleistungen

Für den Anspruchsbeginn auf Invalidenrenten wähle ich folgende Wartefrist:

- 360 Tage
- 720 Tage (Die PAT-BVG zahlt unabhängig von einer Kranken- oder Unfalltaggeldversicherung allfällige Invalidenleistungen frühestens ab dem 721. Tag)

Zivilstandsänderung

Zivilstand verheiratet eing. Partnerschaft geschieden aufgel. Partnerschaft verwitwet
Änderung per Name neu
Bei Namensänderung bitte Kopie eines amtlichen Dokuments beilegen.

Adressänderung

Die Änderung betrifft:

- Praxisadresse Privatadresse Vertreteradresse Korrespondenzadresse
- gültig für sämtliche Korrespondenz (AHV und BVG) nur BVG-Korrespondenz

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? ¹⁾ ja nein

Wenn nein, Grund?

Beziehen Sie eine Invalidenrente? ja nein Invaliditätsgrad %

Haben Sie die Arbeit in den letzten fünf Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als vier aufeinanderfolgende Wochen (ganz oder teilweise) unterbrechen müssen? ja nein

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.