

# Mutationsmeldung für Selbständigerwerbende

Abrechnungs-Nr. ....

Name, Vorname

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**

|  |   |  |                                 |   |   |
|--|---|--|---------------------------------|---|---|
| <b>Versicherter Lohn</b>   | L <sup>1</sup> BVG-Koordinationsabzug                               | <input type="checkbox"/> L <sup>1</sup>  |                                 |   |   |
|  | L <sup>2</sup> BVG-Koordinationsabzug in % des Beschäftigungsgrades | <input type="checkbox"/> L <sup>2</sup>  |                                 |   |   |
|  | L <sup>3</sup> Koordinationsabzug 20% des AHV-Einkommens            | <input type="checkbox"/> L <sup>3</sup>  |                                 |   |   |
|  | L <sup>4</sup> kein Abzug, versichert ist das gesamte AHV-Einkommen | <input type="checkbox"/> L <sup>4</sup>  |                                 |   |   |
| L <sup>5</sup> <sub>fix</sub> Koordinationsabzug + Eintrittsschwelle = ½ BVG-Koordinationsabzug, ohne Plafond  | <input type="checkbox"/> L <sup>5</sup> <sub>fix</sub>              |  |                                 |   |   |
| Eintrittsschwelle:   |   | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> BVG  |                                 |   |   |
| L <sup>1</sup> , L <sup>3</sup> , L <sup>4</sup> keine oder gemäss BVG   |   |  |                                 |   |   |
| L <sup>2</sup> fix gemäss BVG oder in % des Beschäftigungsgrades   |   | <input type="checkbox"/> BVG<br><input type="checkbox"/> in % des Beschäftigungsgrades   |                                 |   |   |
| L <sup>5</sup> leer lassen, da Eintrittsschwelle immer ½ Koordinationsabzug  |   |  |                                 |   |   |
| Plafond:   |   | <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> BVG<br><input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> SIFO<br><input type="checkbox"/> 300% der max. AHV<br><input type="checkbox"/> SIFO ./. KA gemäss BVG<br><input type="checkbox"/> 200% UVG |                                 |   |   |
| ohne (bzw. max. 30-fache max. AHV-Altersrente) oder gemäss BVG oder gemäss UVG Maximalbetrag oder gemäss SIFO (Sicherheitsfond) oder 300% der max. Altersrente oder Gemäss SIFO abzüglich Koordinationsabzug gemäss BVG oder 200% des Maximalbetrages gemäss UVG (bei L <sup>5</sup> leer lassen, da immer ohne Plafond) |   |  |                                 |   |   |
| <b>Alter</b>   | Ordentliche Sparbeiträge (A):                                       |  | Zusatzsparen (ZS):              |   | <input type="checkbox"/> A <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>2</sup> |
|  | Alter   | A <sup>1</sup> A <sup>2</sup> A <sup>3</sup> A <sup>4</sup> A <sup>5</sup> A <sup>6</sup> A <sup>7</sup> A <sup>8</sup> A <sup>9</sup>   | ZS <sup>1</sup> ZS <sup>2</sup> |   | <input type="checkbox"/> A <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>4</sup> |
|  | 18/20/25 – 34   | 7% 11% 16,5% 20% 21% 8% 9% 5% 6%   | 2% 4%                           |   | <input type="checkbox"/> A <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>6</sup> |
|  | 35 – 44   | 10% 12% 16,5% 20% 22% 11% 12% 7% 8%  | 2% 3%                           |   | <input type="checkbox"/> A <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>8</sup> |
|  | 45 – 54   | 15% 15% 16,5% 20% 23% 16% 17% 10% 11%  | 2% 2%                           |   | <input type="checkbox"/> A <sup>9</sup>   |
| 55 – 64/65   | 18% 18% 18,0% 20% 25% 19% 20% 12% 13%                               | – –  |                                 | <input type="checkbox"/> ohne ZS<br><input type="checkbox"/> ZS <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ZS <sup>2</sup> |   |

18006 / 01.2023

|                     |  |  |   |
|---------------------|--|--|---|
| <b>Risiko</b>       | R <sup>1</sup><br>%R <sup>2</sup>  | Invalidenrente gemäss BVG-Minimum<br>Invalidenrente zwischen 30 und 70% des versicherten Lohnes (5%-Schritte)<br>(bei Löhnen ab 100'000 tiefere Invalidenrente möglich)        | <input type="checkbox"/> R <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> R <sup>2</sup> ..... %                                    |
|                     | Die Ehe- bzw. Lebenspartnerrente beträgt 60% der Invalidenrente, die Invalidenkinder- und Waisenrente 20% und die Vollwaisenrente 30%. |  |   |
|                     | BbA  | Beitragsbefreiung (Wartefrist 6 Mt.)   |   |
|                     | TK <sup>1</sup><br>TK <sup>2</sup>   | Kein Todesfallkapital <i>oder</i><br>Todesfallkapital in % des vers. Lohnes (50%, 100%, 150%, 200% wählbar) <i>oder</i><br>Auszahlung des Altersguthabens als Todesfallkapital | <input type="checkbox"/> ohne<br><input type="checkbox"/> TK <sup>1</sup> ..... %<br><input type="checkbox"/> TK <sup>2</sup> |
| <b>BVG<br/>Mini</b> | Gesetzliches Minimum gemäss BVG (BVG_BVGL <sup>1</sup> A <sup>1</sup> R <sup>1</sup> BbA <sup>1</sup> )                                |  | <input type="checkbox"/>  |

## 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 .....

## Unterbruchversicherung

Periode von ..... bis .....

- a)  Unterbruch der Versicherung (nur Verwaltungskosten)  
b)  Weiterführung der Versicherung (nur Risikobeiträge und Verwaltungskosten)  
c)  Weiterführung der bisherigen Versicherung (Spar- Risikobeiträge und Verwaltungskosten)

## 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 ..... %

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, usw.)  ja  nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....

Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente zu sich?

ja       nein

Wenn ja, welche? Grund?

.....  
.....  
.....

Körpergrösse ..... cm

Körpergewicht ..... kg

**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.