

# Avis de mutation pour indépendants

No de décompte (si connu) \_\_\_\_\_

## 1. Identité

Nom, prénom \_\_\_\_\_

No AVS \_\_\_\_\_

## 2. Modification du salaire

Nouveau salaire annuel (*Peut être assuré au maximum le revenu soumis à l'AVS*) CHF \_\_\_\_\_

valable dès \_\_\_\_\_

## 3. Choix du plan de prévoyance

Modification au \_\_\_\_\_

**Combinaison de plan selon l'offre**

(joindre impérativement une copie de l'offre correspondante)

**Combinaison libre des modules**

(joindre impérativement le document «Combinaison libre des modules».)

### Remarques

(par ex. „selon proposition A“, „selon entretien tél. avec“): \_\_\_\_\_

## 4. Modification du délai d'attente pour la rente d'invalidité

Pour le début du droit à la rente d'invalidité, je choisis le délai d'attente suivant:

360 jours

720 jours

(la PAT BVG verse d'éventuelles prestations d'invalidité, indépendamment d'une assurances indemnités journalières maladie ou accident, au plus tôt à partir du 721ème jour)

## 5. Modification de l'adresse

La modification concerne:

adresse du cabinet

adresse du représentant

adresse privée

adresse pour le courrier

valable pour

tout le courrier (AVS et LPP)

seulement courrier LPP

Nom

No tél.

Rue

NPA, lieu

Adresse e-mail

valable dès

## 6. Modification de l'état civil

Etat civil

marié(e)

divorcé(e)

partenariat enregistré

partenariat dissout

veuf/veuve

Changement le

Nouveau nom

*En cas de changement de nom, veuillez joindre une copie d'un document officiel.*

## 7. Assurance d'interruption

Période du

au

interruption de l'assurance (seulement frais administratifs)

continuation de l'assurance (seulement cotisations pour le risque et frais administratifs)

continuation de l'assurance actuelle (cotisations pour l'épargne, pour le risque et frais administratifs)

## 8. Indications concernant la santé

**Ne remplir que si le changement de plan / l'augmentation du salaire entraîne des prestations bien plus élevées en cas d'invalidité ou de décès:**

Etes-vous entièrement apte au travail?  oui  non

**Remarque:**

Une personne, qui n'est pas entièrement capable de travailler est défini comme suite.

Au début de l'assurance elle

- doit être totalement ou partiellement absent du travail pour des raisons de santé, ou
- reçoit des indemnités journalières à la suite d'une maladie ou d'un accident, ou
- est inscrit auprès d'une assurance invalidité nationale, ou
- reçoit une pension d'invalidité totale ou partielle, ou
- ne peut plus participer pleinement à son entraînement et à ses capacités pour des raisons de santé.

Toutes les autres personnes sont considérées comme pleinement capables de travailler.

Si non, pour quel motif?

Touchez-vous une rente d'invalidité?  oui  non

Degré d'invalidité : \_\_\_\_\_ %

Avez vous dû interrompre votre travail (complètement ou partiellement) pendant plus de quatre semaines consécutives au cours des cinq dernières années?  oui  non

Si oui

---

---

A l'heure actuelle, êtes-vous en bonne santé?  oui  non

Si non, pour quel motif?

---

---

Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou des suites d'une maladie ou d'un accident ou d'une infirmité congénitale?  oui  non

Si oui: descriptif exact, depuis quand, nom et adresse du médecin traitant.

---

---

Avez-vous souffert de maladies ou subi des accidents ou des opérations au cours des 10 dernières années ou une opération est-elle prévue prochainement?  oui  non

Si oui, descriptif exact, date, nom et adresse du médecin traitant.

---

---

Des facteurs de risque concernant l'état de santé existent-ils (fumée, alcool, etc.)?

oui  non

Si oui, lesquels?

---

Prenez-vous des médicaments depuis 5 ans ou prenez-vous actuellement des médicaments régulièrement?

oui  non

Si oui, lesquels? Raison ?

---

Taille cm

---

Poids kg

---

Titre de médecin spécialiste \_\_\_\_\_

## 9. Remarques

---

---

---

## 10. Confirmation et signature

La personne soussignée confirme, qu'elle

- a intégralement complété ce formulaire et de manière véridique;
- prend connaissance du fait qu'en cas de fausse déclaration, la PAT BVG est en droit de limiter les prestations réglementaires au minimum légal LPP obligatoire.

La PAT BVG peut, au besoin, transmettre les données à son médecin-conseil ou à son réassureur. Toutes les données sont traitées de manière strictement confidentielles.

Lieu et date

Signature

---

---

### Personalvorsorgestiftung der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG

#### Direction et prévoyance

PAT BVG  
Frongartenstrasse 9  
9001 St.Gallen

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

#### Ressort immeubles

PAT BVG  
Kapellenstrasse 5  
3011 Bern

Tél. +41 31 330 22 62  
www.pat-bvg.ch  
immo@pat-immo.ch