

Avis de mutation pour indépendants

No de décompte:

Nom, prénom

No AVS

Modification du salaire

Nouveau salaire annuel

CHF

(Peut être assuré au maximum le revenu soumis à l'AVS)

valable dès

Choix du plan de prévoyance

Modification au :

- ① **Combinaison de plan selon l'offre**
 (joindre impérativement une copie de l'offre correspondante)

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

② **Libre choix des modules**

Salaires assuré	L ¹ Montant de coordination selon la LPP	<input type="checkbox"/> L ¹											
	L ² Montant de coordination selon la LPP, en % du degré d'occupation	<input type="checkbox"/> L ²											
	L ³ Montant de coordination 20% du revenu AVS	<input type="checkbox"/> L ³											
	L ⁴ Sans déduction. La totalité du revenu AVS est assurée	<input type="checkbox"/> L ⁴											
L ⁵ _{fixe} Coord. + seuil d'entrée = 1/2 montant de coordination LPP, sans plafond	<input type="checkbox"/> L ⁵ _{fixe}												
Seuil d'entrée:													
L ¹ , L ³ , L ⁴ aucun seuil d'entrée <i>ou</i> selon la LPP	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> LPP												
L ² selon la LPP <i>ou</i> en % du degré d'occupation	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> en % du degré d'occupation												
L ⁵ <i>prière de laisser L⁵ vide; seuil d'entrée toujours 1/2 de la déduction de coordination</i>													
Plafond:													
sans (au maximum 30 x rente AVS maximale) <i>ou</i> selon LPP <i>ou</i> selon montant maximal LAA <i>ou</i> selon fonds de garantie LPP <i>ou</i> 300% de la rente de vieillesse max. <i>ou</i> selon fonds de garantie déduction fait de la déduction de coordination selon la LPP <i>ou</i> 200% du montant maximal selon la LAA (<i>prière de laisser L⁵ vide, car toujours sans plafond</i>)		<input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> LAA <input type="checkbox"/> fonds de garantie LPP <input type="checkbox"/> 300% de rente vieillesse max. <input type="checkbox"/> fonds de garantie moins DC selon LPP <input type="checkbox"/> 200% LAA											
Âge	Cotisations d'épargne (A):										Epargne supplémentaire (ZS):		<input type="checkbox"/> A ¹ <input type="checkbox"/> A ²
	Âge	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"/> sans ZS <input type="checkbox"/> ZS ¹ <input type="checkbox"/> ZS ²	

18022 / 01.2023

Risque	R ¹ La rente d'invalidité correspond à la rente minimale LPP %R ² Rente d'invalidité entre 30–70% du salaire assuré (par tranches de 5%) (rente d'invalidité inférieure possible pour salaires dès CHF 100 000.–)	<input type="checkbox"/> R ¹ <input type="checkbox"/> R ² %
	La rente de conjoint ou de partenaire s'élève à 60% de la rente d'invalidité, la rente d'enfant d'invalidité et la rente d'orphelin à 20% et la rente d'orphelin de père et de mère à 30%.	
	B ^b A libération des cotisations (délai d'attente 6 mois)	
LPP_{min}	Sans capital de décès complémentaire <i>ou</i> TK ¹ En % du salaire assuré, choix entre 50%, 100%, 150% ou 200% <i>ou</i> TK ² L'avoir de vieillesse accumulé est versé en sus des rentes de survivants	<input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> TK ¹ % <input type="checkbox"/> TK ²
	Minimum légal selon la LPP(LPP_LPP[L ¹ A ¹ R ¹ B ^b A ¹])	<input type="checkbox"/>

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)

Modification de l'état civil

Etat civil marié(e) partenariat enregistré divorcé(e) partenariat dissout
 veuf/veuve

Date de la modification Nouveau nom

En cas de changement de nom, veuillez joindre une copie du document officiel.

Modification de l'adresse

La modification concerne:

- adresse du cabinet adresse privée adresse du représentant adresse pour le courrier
valable pour tout le courrier (AVS et LPP) seulement courrier LPP

Nom No tél.

Rue

NPA, lieu

Adresse e-mail

Assurance d'interruption

Période du au

- a) interruption de l'assurance (seulement frais administratifs)
b) continuation de l'assurance (seulement cotisations pour le risque et frais administratifs)
c) continuation de l'assurance actuelle (cotisations pour l'épargne, pour le risque et frais administratifs)

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? ¹⁾ oui non

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 :

Pour quel motif	de... à...	guéri	
-----------------	------------	-------	--

.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-------	-------	------------------------------	------------------------------

.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-------	-------	------------------------------	------------------------------

.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-------	-------	------------------------------	------------------------------

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

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

.....

.....

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