

# Déclaration de mutation du maintien volontaire de l'assurance à partir de l'âge de 55 ans

N° de décompte .....

Nom, prénom ..... Numéro AVS .....

## Changement de salaire

Nouveau salaire annuel CHF .....

*(Il est possible d'assurer le salaire assuré par la prévoyance précédente en tant qu'employé au maximum)*

Valable à partir du .....

## Changement de la forme du maintien volontaire de l'assurance

Changement le: .....

Forme souhaitée du maintien volontaire de l'assurance

Risque et épargne

Risque seul

## Changement d'état civil

Etat civil  marié(e)  partenariat enr.  divorcé(e)  partenariat dis.

veuf/veuve

Changement le ..... Nouveau nom .....

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

## Changement d'adresse

Nom ..... N° de téléphone .....

Rue .....

Code postal, lieu .....

Adresse e-mail .....

## Informations sur la santé

**Remplir uniquement si le changement de plan / l'augmentation de salaire entraîne des prestations nettement plus élevées en cas d'invalidité ou de décès:**

Avez-vous la pleine capacité de travail resp. de gain? <sup>1)</sup>  oui  non

Si non, pourquoi? .....

Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité?  oui  non degré d'invalidité ..... %

Etes-vous actuellement en bonne santé?  oui  non

Si non, pourquoi?

.....  
.....

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

Si oui, désignation précise, depuis quand, nom et adresse du médecin traitant.

.....  
.....

Avez-vous eu des maladies, accidents ou opérations dans les 10 dernières années ou des opérations sont-elles prévues prochainement?  oui  non

Si oui, désignation précise, date, nom et adresse du médecin traitant.

.....  
.....

Existe-t-il des facteurs de risque pour la santé (tabagisme, alcool, médicaments, etc.)  oui  non

Si oui, lesquels?

.....  
.....

### Confirmation et signature

---

Le/la soussigné(e) confirme qu'il/qu'elle a répondu aux questions sur sa santé figurant au présent formulaire de façon complète et véridique ;

En cas de besoin, PAT-BVG peut transmettre les données à votre médecin traitant ou à votre réassureur. Toutes les données seront traitées de manière strictement confidentielle.

Lieu et date

Signature

.....

- 1) Est considérée comme n'ayant pas la pleine capacité de travail une personne qui
- doit s'abstenir du travail entièrement ou en partie pour des raisons de santé ou
  - touche une indemnité journalière par suite de maladie ou d'accident ou
  - est annoncée auprès d'une assurance invalidité étatique ou
  - touche une rente en raison d'une invalidité totale ou partielle ou
  - pour des raisons de santé, ne peut plus exercer à plein temps une activité correspondant à sa formation et à ses capacités.

Toutes les autres personnes sont considérées comme ayant la pleine capacité de travail.