

# 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**

<b>Salaire assuré</b>	L <sup>1</sup> Montant de coordination selon la LPP	<input type="checkbox"/> L <sup>1</sup>		
	L <sup>2</sup> Montant de coordination selon la LPP, en % du degré d'occupation	<input type="checkbox"/> L <sup>2</sup>		
	L <sup>3</sup> Montant de coordination 20% du revenu AVS	<input type="checkbox"/> L <sup>3</sup>		
	L <sup>4</sup> Sans déduction. La totalité du revenu AVS est assurée	<input type="checkbox"/> L <sup>4</sup>		
L <sup>5</sup> <sub>fixe</sub> Coord. + seuil d'entrée = ½ montant de coordination LPP, sans plafond	<input type="checkbox"/> L <sup>5</sup> <sub>fixe</sub>			
Seuil d'entrée:				
L <sup>1</sup> , L <sup>3</sup> , L <sup>4</sup> aucun seuil d'entrée ou selon la LPP	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> LPP			
L <sup>2</sup> selon la LPP ou en % du degré d'occupation	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> en % du degré d'occupation			
L <sup>5</sup> prière de laisser L <sup>5</sup> vide; seuil d'entrée toujours ½ de la déduction de coordination				
Plafond: sans (au maximum 30 x rente AVS maximale) ou selon LPP ou selon LAA ou selon fonds de garantie LPP ou 300% de la rente maximale AVS (prière de laisser L <sup>5</sup> vide, car toujours sans plafond)		<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.		
<b>Âge</b>	Cotisations d'épargne (A):		Epargne supplémentaire (ZS):	
	Âge	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>1</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> A <sup>9</sup>
	18/20/25 – 34	7% 11% 16,5% 20% 21% 8% 9% 5% 6%	2% 4%	
	35 – 44	10% 12% 16,5% 20% 22% 11% 12% 7% 8%	2% 3%	
	45 – 54	15% 15% 16,5% 20% 23% 16% 17% 10% 11%	2% 2%	
55 – 64/65	18% 18% 18,0% 20% 25% 19% 20% 12% 13%	– –	<input type="checkbox"/> sans ZS <input type="checkbox"/> ZS <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ZS <sup>2</sup>	
<b>Risque</b>	R <sup>1</sup> La rente d'invalidité correspond à la rente minimale LPP		<input type="checkbox"/> R <sup>1</sup>	
	%R <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> ..... %	
	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 <sup>b</sup> A libération des cotisations (délai d'attente 6 mois)			
Sans capital de décès complémentaire ou		<input type="checkbox"/> sans		
TK <sup>1</sup> En % du salaire assuré, choix entre 50%, 100%, 150% ou 200% ou		<input type="checkbox"/> TK <sup>1</sup> ..... %		
TK <sup>2</sup> L'avoir de vieillesse accumulé est versé en sus des rentes de survivants		<input type="checkbox"/> TK <sup>2</sup>		

18022 / 03.2020

## 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-LPP 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? <sup>1)</sup>       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, médicaments...)?  oui  non

Si oui, lesquels?

.....  
.....

### 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.