

Notifica di mutazione per il mantenimento volontario dell'assicurazione a partire dai 55 anni di età

No. di conteggio (se a conoscenza) _____

1. Dati personali

Cognome, nome _____

Numero AVS _____

2. Variazione salario

Nuovo salario annuale

CHF

(È assicurabile al massimo il salario assicurato come dipendente presso l'assicurazione precedente)

valido da _____

3. Modifica della forma del mantenimento volontario dell'assicurazione

Modifica a partire da: _____

Forma di assicurazione facoltativa desiderata

- rischio e risparmio
 solo rischio

4. Modifica indirizzo

Nome _____

Num. di telefono _____

Via _____

NPA, località _____

Indirizzo e-mail _____

valido da _____

5. Modifica dello stato civile

Stato civile

- sposato/a
 unione domestica registrata
 vedovo/a
 divorziato/a
 unione domestica sciolta

Modifica a partire da _____

Nuovo nome _____

In caso di modifica del nome, allegare copia di un documento ufficiale.

6. Informazioni sulla salute

Compilare soltanto se il cambiamento di piano / l'aumento del salario porta a prestazioni in caso di invalidità o morte significativamente superiori:

È completamente abile al lavoro ovvero al guadagno? sì no

Nota:

Una persona è ritenuta non completamente abile al lavoro, quando all'inizio dell'assicurazione

- è costretta per motivi di salute a stare parzialmente o del tutto lontana dal lavoro, oppure
- percepisce prestazioni d'indennità giornaliera in seguito a malattia o infortunio, oppure
- è annunciata presso un'assicurazione d'invalidità statale, oppure
- percepisce una rendita a causa di un'invalidità intera o parziale, oppure
- conforme alla sua formazione o alle sue capacità non può più essere pienamente occupata per motivi di salute

Tutte le altre persone sono ritenute completamente abili al lavoro.

Se no, motivo?

Percepisce una rendita per invalidità? sì no Grado di invalidità: _____ %

Attualmente è del tutto in salute? sì no

Se no, perché?

Attualmente soffre di una malattia o delle conseguenze di una malattia, di un incidente o di un'infermità congenita? sì no

Se sì, indichi precisamente da quando e il nome e l'indirizzo del medico curante.

Negli ultimi 10 anni ha avuto malattie, subito incidenti od operazioni oppure sono previste operazioni nel prossimo futuro? sì no

Se sì, indichi precisamente la data e il nome e indirizzo del medico curante.

Sono presenti fattori di rischio per la salute (fumo, alcol, medicinali, ecc.)? sì no

Se sì, quale?

7. Osservazioni

8. Conferma e firma

Il/la firmatario/a conferma di aver risposto in modo completo e veritiero alle domande sulla salute poste nel presente modulo;

Se necessario, PAT BVG può inoltrare i dati al suo medico di fiducia o riassicuratore. Tutti i dati sono trattati in maniera strettamente confidenziale.

Luogo e data

Firma

**Personalvorsorgestiftung
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

Direzione e previdenza

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

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