

Notifica di mutazione per indipendenti

No. di conteggio

Cognome e nome

No. AVS

Modifiche salariali

Nuovo salario annuo

CHF

(È assicurabile al massimo l'ammontare del reddito soggetto ai contributi AVS)

valido dal

Scelta del piano previdenziale

Modifica al:

- ① **Combinazione del piano secondo l'offerta**
(allegare assolutamente copia dell'offerta corrispondente)

Osservazioni (p.es. "secondo proposta A", "secondo colloquio tel. con"):

- ② **Libera combinazione del piano**

Salario assicurato	L ¹ Importo di coordinamento LPP	<input type="checkbox"/> L ¹												
	L ² Importo di coordinamento LPP, in % del grado di occupazione	<input type="checkbox"/> L ²												
	L ³ Importo di coordinamento 20% del reddito AVS	<input type="checkbox"/> L ³												
	L ⁴ Senza deduzione; ad essere assicurato è l'intero reddito AVS	<input type="checkbox"/> L ⁴												
	L ⁵ _{fisso} Coord. + soglia ingresso = ½ deduzione di coordinam. LPP, senza tetto	<input type="checkbox"/> L ⁵ _{fisso}												
Soglia d'ingresso: L ¹ , L ³ , L ⁴ senza <i>oppure</i> secondo LPP		<input type="checkbox"/> senza <input type="checkbox"/> LPP												
L ² secondo LPP <i>oppure</i> in % del grado di occupazione		<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> in % del grado di occupazione												
L ⁵ <i>per L⁵ lasciare vuoto; soglia ingresso sempre ½ deduz. di coord.</i>														
Tetto: senza (o max. la rendita AVS massima moltiplicata per 30) <i>oppure</i> secondo la LPP <i>oppure</i> secondo l'importo massimo LAINF <i>oppure</i> secondo SIFO (fondo di garanzia) <i>oppure</i> 300% della rendita di vecchiaia massima <i>oppure</i> secondo SIFO al netto della deduzione di coordinamento secondo la LPP <i>oppure</i> 200% dell'importo massimo secondo la LAINF (<i>per L⁵ lasciare vuoto poiché sempre senza tetto</i>)		<input type="checkbox"/> senza <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> LAINF <input type="checkbox"/> Fondo di Garanzia LPP <input type="checkbox"/> 300% della rendita di vecchiaia mass. <input type="checkbox"/> SIFO ./ indennità in capitale ai sensi della LPP <input type="checkbox"/> 200% LAINF												
Età	Contributi di risparmio ordinario (A):										Risparmio aggiuntivo (ZS):		<input type="checkbox"/> A ¹	<input type="checkbox"/> A ²
	Età	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"/> senza ZS		
													<input type="checkbox"/> ZS ¹	<input type="checkbox"/> ZS ²

Rischio	R ¹ La rendita di invalidità corrisponde alla rendita minima LPP %R ² Rendita di invalidità tra il 30% e il 70% del salario assicurato (scaglioni del 5%) (per salari a partire da 100'000 Fr. possibilità di rendite d'invalidità più basse)	<input type="checkbox"/> R ¹ <input type="checkbox"/> R ² %
	La rendita per coniuge o convivente ammonta al 60% della rendita d'invalidità, quella per figli d'invalidi e orfani al 20% e quella per orfani di entrambi i genitori al 30%.	
	^{Bb} A Esonero dai contributi secondo (termine d'attesa 6 mesi)	
LPP minimo	Nessun capitale di decesso <i>oppure</i> TK ¹ TK in % del salario assicurato (a scelta 50%, 100%, 150%, 200%) <i>oppure</i> TK ² Pagamento dell'avere di vecchiaia come capitale di decesso	<input type="checkbox"/> senza <input type="checkbox"/> TK ¹ % <input type="checkbox"/> TK ²
	Minimo legale secondo la LPP (LPP_LPP ¹ A ¹ R ¹ BbA ¹)	<input type="checkbox"/>

Mutazione termine di attesa per prestazioni di invalidità

Per la nascita del diritto alle rendite di invalidità scelgo il seguente termine di attesa:

- 360 giorni 720 giorni (La PAT-LPP indipendentemente da un'assicurazione di indennità giornaliera per malattia o infortunio non paga eventuali prestazioni di invalidità prima del 721° giorno)

Cambiamento dello stato civile

Stato civile sposata/o unione domestica reg. divorziata/o unione domestica sciolta vedova/o

Cambiamento con effetto dal Nuovo nome

In caso di cambiamento di nome, allegare copia di un documento ufficiale.

Cambiamento d'indirizzo

Il cambiamento riguarda l'indirizzo:

- dello studio privato del rappresentante di corrispondenza
valido per tutta la corrispondenza (AVS e LPP) solo corrispondenza LPP

Nome No. di telefono:

Via

NPA, località

Indirizzo e-mail

Assicurazione d'interruzione

Periodo dal al

- a) interruzione dell'assicurazione (solo costi amministrativi)
b) continuazione dell'assicurazione (solo contributi di rischio e costi amministrativi)
c) continuazione dell'assicurazione come finora (contributi risparmio, rischio e costi amministrativi)

Indicazioni sullo stato di salute

Va compilato solo se il cambiamento del piano assicurativo / l'aumento del salario comporti prestazioni più elevate in caso d'invalidità o di decesso:

Lei è completamente abile al lavoro? ¹⁾ sì no

Se no: per quale motivo?

Percepisce una rendita d'invalidità? sì no grado d'invalidità %

Negli ultimi cinque anni ha già dovuto interrompere il lavoro (del tutto o parzialmente) per motivi di salute per una durata superiore a quattro settimane consecutive? sì no

Se sì:

Per quale motivo	da quando a quando	guarito
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

È attualmente in buona salute? sì no

Se no: perché?

.....
.....

È attualmente affetto da una malattia o dalle conseguenze di una malattia, di un infortunio o di un'infermità congenita? sì no

Se sì: descrizione esatta, da quando, nome e indirizzo del medico curante.

.....
.....

Negli ultimi 10 anni è stato affetto da qualche malattia, ha subito infortuni o operazioni oppure è prevista a breve qualche operazione? sì no

Se sì: precisare quale malattia/infortunio/operazione, data, nome e indirizzo del medico curante.

.....
.....

Vi sono fattori rischio inerenti alla salute (fumo, alcol, medicinali, ecc.)? sì no

Se sì, precisare quali:

.....
.....
.....

Hai assunto farmaci negli ultimi 5 anni o stai attualmente assumendo farmaci regolarmente?

sì no

Se sì, precisare quali: Ragione?

.....
.....
.....

Altezza corporea cm

Peso corporeo kg

Conferma e firma

Il/La sottoscritto/a dichiara

- che i dati forniti nel presente modulo sono completi e conformi alla verità;
- di prendere atto che una violazione dell'obbligo di notifica autorizza la PAT-BVG a ridurre le prestazioni previste dal regolamento alle prestazioni minime LPP.

In caso di bisogno la PAT-BVG può trasmettere i dati al proprio medico di fiducia oppure al riassicuratore. Tutti i dati verranno strettamente trattati con riservatezza.

Luogo e data

Firma

.....

1) Una persona è ritenuta non completamente abile al lavoro, quando

- 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.