

# Notifica di mutazione per indipendenti

No. di conteggio (se a conoscenza) \_\_\_\_\_

## 1. Dati personali

Cognome e nome \_\_\_\_\_

No. AVS \_\_\_\_\_

## 2. Modifiche salariali

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

CHF

valido dal \_\_\_\_\_

## 3. Scelta del piano previdenziale

Modifica al: \_\_\_\_\_

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

☐ **Libera combinazione del piano**  
(allegare assolutamente il documento «Libera combinazione del piano»)

### Osservazioni

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

## 4. 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 BVG indipendentemente da un'assicurazione di indennità giornaliera per malattia o infortunio non paga eventuali prestazioni di invalidità prima del 721° giorno)

## 5. Cambiamento d'indirizzo

Il cambiamento riguarda l'indirizzo:

☐ dello studio

☐ del rappresentante

☐ privato

☐ di corrispondenza

valido per

☐ tutta la corrispondenza (AVS e LPP)

☐ solo corrispondenza LPP

Nome

No. di telefono

Via

NPA, località

Indirizzo e-mail

valido dal

## 6. Cambiamento dello stato civile

Stato civile

☐ sposato/a

☐ divorziato/a

☐ unione domestica registrata

☐ unione domestica sciolta

☐ vedovo/a

Cambiamento con effetto dal

Nuovo nome

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

## 7. Assicurazione d'interruzione

Periodo dal

al

☐ interruzione dell'assicurazione (solo costi amministrativi)

☐ continuazione dell'assicurazione (solo contributi di rischio e costi amministrativi)

☐ continuazione dell'assicurazione come finora (contributi risparmio, rischio e costi amministrativi)

## 8. 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?

☐ 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: 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

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

Titolo di specialista

---

## 9. Osservazioni

---

---

---

## 10. 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

---

---

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

**Dipartimento previdenza**

PAT BVG  
Frongartenstrasse 9  
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00  
[www.pat-bvg.ch](http://www.pat-bvg.ch)  
[info@pat-bvg.ch](mailto:info@pat-bvg.ch)