

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 collo-quio 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, medicamenti, 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
Fröngartenstrasse 9
9001 St.Gallen

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