

Pensionskasse Optik/Photo/ Edelmetall

Cassa pensione Ottica/Foto/Metalli preziosi

Caisse de pensions Optique/Photo/ Métaux précieux

Anmeldung

Diese Anmeldung ist ausgefüllt und unterzeichnet einzulassen an die **Pensionskasse Optik/Photo/Edelmetall, Postfach, 8952 Schlieren**

Notifica

La presente notifica deve essere inviata, dopo averla debitamente compilata e firmata, alla **Cassa pensione Ottica/Foto/Metalli preziosi, casella postale, 8952 Schlieren**

Inscription

Cette formule doit être retournée, rempli et signée, à la **Caisse de pensions Optique/Photo/Métaux précieux, case postale, 8952 Schlieren**

Weitergehende Vorsorge

Previdenza superiore ai minimi legali

Mesures de prévoyance dépassant le minimum légal

- | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Plan/Piano B | <input type="checkbox"/> | Plan/Piano BKU | <input type="checkbox"/> | Plan/Piano BR | <input type="checkbox"/> | Plan/Piano BRU | <input type="checkbox"/> |
| | | Plan/Piano CKU | <input type="checkbox"/> | Plan/Piano CR | <input type="checkbox"/> | Plan/Piano CRU | <input type="checkbox"/> |
| | | Plan/Piano DKU | <input type="checkbox"/> | Plan/Piano IR | <input type="checkbox"/> | Plan/Piano IRU | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--|-----------|
| 1. AHV-Nr. (vgl. Versicherungsausweis der AHV)
No. dell'AVS (vedi certificato d'assicurazione AVS)
Numéro AVS (voir certificat d'assurance AVS) | 1. _____ | |
| 2. Name und Vorname / Cognome e nome / Nom et prénom | 2. _____ | |
| 3. Adresse / Indirizzo / Adresse | 3. _____
(Strasse / Via / Rue) | |
| | _____ | |
| | (Ort / Luogo / Lieu) | |
| 4. Geburtsdatum / Data di nascita / Date de naissance | 4. _____ | |
| | (Tag / Giorno / Jour) (Monat / Mese / Mois) (Jahr / Anno / Année) | |
| 5. Zivilstand / Stato civile / Etat civil | 5. _____ | |
| 6. Datum der Heirat / Data di matrimonio / Date de mariage | 6. _____ | |
| | (Tag / Giorno / Jour) (Monat / Mese / Mois) (Jahr / Anno / Année) | |
| 7. Stellung im Beruf
Genere d'attività
Situation dans la profession | 7. <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer
Dipendente
Salarie <input type="checkbox"/> Selbständigerwerbender
Indipendente
Indépendant | |
| 8. Beginn der Vorsorge / Inizio della previdenza / Début de prévoyance | 8. 1. _____ | |
| | (Tag / Giorno / Jour) (Monat / Mese / Mois) (Jahr / Anno / Année) | |
| 9. Zu versichernder Jahreslohn
(im Maximum der AHV-pflichtige Jahreslohn)
Salario da assicurare
(al massimo: salario annuo soggetto ai contributi AVS)
Salaire annuel à assurer
(au maximum le salaire annuel soumis à l'AVS) | 9. <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Fr. _____</td></tr></table> | Fr. _____ |
| Fr. _____ | | |
| 10. Persönliche Einmaleinlage oder Freizügigkeitsleistung
Versamento unico individuale o prestazione di libero passaggio
Prime unique personnelle ou prestation de libre passage | 10. <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Fr. _____</td></tr></table> | Fr. _____ |
| Fr. _____ | | |

11. Der Vorsorgebeitrag wird vom Selbständigerwerbenden für seine eigene Vorsorge voll bezahlt, während der Beitrag für die Vorsorge der Arbeitnehmer je zur Hälfte zu Lasten der versicherten Person und ihres Arbeitgebers geht. Der Arbeitgeber nimmt zur Kenntnis, dass er die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge der Durchführungsstelle zu überweisen hat.

L'indipendente paga per la sua previdenza l'intero contributo mentre per la previdenza del dipendente il contributo viene corrisposto per metà dalla persona assicurata e per metà dal suo datore di lavoro. Il datore di lavoro prende atto che è tenuto a versare sia i contributi padronali che del personale all'organo d'applicazione.

Les indépendants paient l'intégralité des cotisations de leur prévoyance. Pour les salariés, les cotisations sont payées pour moitié par la personne assurée et pour moitié par l'employeur. Ce dernier prend acte de ce que ses cotisations et celles de ses salariés doivent être versées à l'organe d'application.

Bei Versicherung eines Arbeitnehmers vom Arbeitgeber auszufüllen

Die Angaben unter Ziff. 1–8 wurden geprüft und in Ordnung befunden; von Ziff. 9 wurde Kenntnis genommen.

Da compilare dal datore di lavoro per l'assicurazione di un dipendente

Le indicazioni di cui alle cifre da 1 a 8 sono state verificate e riconosciute esatte; della cifra 9 è stato preso atto.

A remplir par l'employeur lors de l'admission d'un salarié

Les indications sous chiffres 1 à 8 ont été contrôlées et trouvées exactes; il a également été pris connaissance des indications sous chiffre 9.

**Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:
Timbro e firma del datore di lavoro:
Timbre et signature de l'employeur:**

_____, den / il / le _____

Bitte Rückseite beantworten

P. f. compilare il retro

S. v. p. remplir au verso

**Von Arbeitnehmern und Selbständig-
erwerbenden auszufüllen.**

12. a) Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krank-
heit oder eines Unfalls?
 Ja Nein
- b) Benötigen Sie Medikamente oder ste-
hen Sie in ärztlicher Behandlung oder
unter ärztlicher Kontrolle?
 Ja Nein
- c) Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz-
oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blut-
druck, Tuberkulose, Krankheiten der At-
mungsorgane, Geschwüre, Geschwül-
ste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes,
Nieren-, Magen-, Galle- oder Leberer-
krankungen, Gelenk- oder Rückenlei-
den, Epilepsie, depressive oder nervöse
Störungen, Augen- oder Gehörleiden,
Infektions- oder andere Krankheiten?
 Ja Nein
- d) Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die
Arbeit wegen einer Krankheit oder eines
Unfalls mehr als 4 Wochen (ununter-
brochen) aussetzen?
 Ja Nein
- e) Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durch-
geführt, der ein positives Resultat (HIV-
positiv) ergab?
 Ja Nein
- f) Bestanden für Sie bei Ihrer bisherigen
Vorsorgeeinrichtung Einschränkungen
aus gesundheitlichen Gründen (Vorbe-
halte, Beitragszuschläge, Ausschluss,
etc.)?
 Ja* Nein
* Bitte Unterlagen beilegen

**Da compilare dai dipendenti e dagli
indipendenti.**

12. a) Siete attualmente affetto da disturbi do-
vuti alle conseguenze di un infortunio o
di una malattia?
 Si No
- b) Siete attualmente sottoposto a tratta-
menti farmaceutici o a cure o a controlli
medici?
 Si No
- c) Avete sofferto, negli ultimi 5 anni, di di-
sturbi cardiaci, malattie dell'apparato
circolatorio, pressione arteriosa troppo
alta, tubercolosi, malattie degli organi
respiratori, ulcere, tumori, cancro, pre-
senza di albumina nell'urina, diabete,
malattie renali, malattie dello stomaco o
della cistifellea e del fegato, malattie delle
articolazioni o della colonna vertebrale,
epilessia, disturbi nervosi o depressivi,
malattie degli occhi o delle orecchie,
malattie infettive o di altro tipo?
 Si No
- d) Negli ultimi 5 anni avete dovuto sos-
pendere il lavoro per più di 4 settimane
a causa di una malattia o di un infortu-
nio?
 Si No
- e) Vi siete sottoposti a un test AIDS che ha
dato un risultato HIV positivo?
 Si No
- f) Vigevano per Voi presso la vostra prece-
dente istituzione di previdenza, restri-
zioni per motivi di salute (riserve, au-
menti di contributo, esclusioni ecc.)?
 Si* No
* In questo caso, vogliate inviare le
documentazioni

**A remplir par les salariés et par les
indépendants.**

12. a) Souffrez-vous des suites d'une maladie
ou d'un accident?
 Oui Non
- b) Prenez-vous des médicaments, suivez-
vous un traitement ou êtes-vous sous
contrôle médical?
 Oui Non
- c) Avez-vous souffert durant les 5 dernières
années de: troubles cardiaques ou circu-
latoires, hypertension, tuberculose, ma-
ladies de l'appareil respiratoire, tumeurs,
ulcères, cancer, présence d'albumine
dans l'urine, diabète, maladies de l'appa-
reil digestif (estomac, bile, foie), ma-
ladies des reins, maladies des articulations,
affections de la colonne vertébrale, épi-
lepsie, maladies du système nerveux, af-
fections des oreilles ou des yeux, mala-
dies infectieuses ou autres?
 Oui Non
- d) Avez-vous dû, au cours des 5 dernières
années, interrompre votre travail durant
plus de 4 semaines en raison d'une ma-
ladie ou d'un accident?
 Oui Non
- e) Vous êtes-vous soumis à un test du
SIDA (HIV) dont le résultat était positif?
 Oui Non
- f) Etiez-vous soumis auprès de votre an-
cienne institution de prévoyance à des
restrictions pour raisons de santé (ré-
serves, augmentation de cotisations,
exclusions, etc.)?
 Oui* Non
* Le cas échéant, veuillez joindre les
documents correspondants

**Falls Sie eine der obigen Fragen mit Ja
beantwortet haben, bitten wir Sie um
folgende Angaben:**

Frage lit.	Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?
Domanda lett.	Genere della malattia, del disturbo o del trattamento medico
Lettre	Quels troubles, maladies, infirmités ou examens médicaux?

**Se si è risposto affermativamente a una
delle precedenti domande, si prega di
fornire ulteriori dettagli:**

Behandelnde Ärzte, Spitäler etc. (Bitte Adresse und bei Spitalern Arzt oder Abteilung angeben)	Von – bis?
Medici curanti, ospedali ecc. (Indicare l'indirizzo preciso)	Da – a?
Médecins traitants, hôpitaux, etc. (adresse ainsi que le nom du médecin ou du service de l'hôpital)	De – jusqu'à

**Si vous avez répondu par l'affirmative à
l'une des questions ci-dessus, veuillez
fournir les précisions suivantes:**

13. Sind Sie gegenwärtig voll arbeitsfähig?
(Falls IV-, UV-, MV-Entscheid vorliegt,
diesen bitte beilegen)
 Ja Nein

13. Siete attualmente completamente abile
al lavoro? (Se in possesso di decisione
AI, LAINF o AM, per favore allegarla)
 Si No

13. Jouissez-vous actuellement de votre en-
tière capacité de travail? (Si vous êtes en
possession d'une décision de l'AI, de
l'assurance-accidents ou de l'assurance
militaire, veuillez la joindre à la présente)
 Oui Non

Die zu versichernde Person ermächtigt alle
Ärzte, die sie behandeln oder behandelt haben,
dem ärztlichen Dienst der geschäftsführenden
Lebensversicherungs-Gesellschaft Auskünfte
über ihren Gesundheitszustand zu erteilen und
entbindet sie hierfür vom Berufsgeheimnis.
Sie nimmt ferner zur Kenntnis, dass die Ge-
meinschaftsstiftung für berufliche Vorsorge im
schweizerischen Gewerbe ihrerseits jede Haf-
tung für Folgen ablehnt, welche sich aus ver-
späteter Anmeldung oder aus wahrheitswid-
rigen oder unvollständigen Angaben ergeben
können.

La persona da assicurare autorizza tutti i medici
che la curano o l'hanno curata a dare alla So-
cietà d'assicurazione sulla vita incaricata della
gerenza, qualsiasi informazione sul suo stato di
salute e li svincola pertanto dal segreto profes-
sionale.

Essa prende atto, inoltre, che la Fondazione
generale per la previdenza professionale delle
arti e dei mestieri svizzeri declina a sua volta
ogni responsabilità per le conseguenze deri-
vanti da una notifica tardiva o da indicazioni
inesatte o incomplete.

La personne à assurer autorise tous les méde-
cins qui la soignent ou qui l'ont soignée à
donner des renseignements sur son état de
santé au service médical de la Société gérante
d'assurances sur la vie et les relève à cet effet
du secret professionnel.

Elle déclare en outre avoir pris acte de ce que
la Fondation générale pour une prévoyance
professionnelle dans les arts et métiers suisses
n'assume aucune responsabilité en cas d'an-
nonce tardive à l'assurance ou lorsque les indi-
cations fournies à l'occasion de l'annonce à
l'assurance sont inexactes ou incomplètes.

**Unterschrift der zu versichernden Person:
Firma della persona da assicurare:
Signature de la personne à assurer:**

, den / il / le