

**Pensionskasse  
 Optik/Photo/  
 Edelmetall**

**Cassa pensione  
 Ottica/Foto/Metalli  
 preziosi**

**Caisse de pensions  
 Optique/Photo/  
 Métaux précieux**

**Anmeldung**

Diese Anmeldung ist ausgefüllt und  
 unterzeichnet einzusenden an die  
**Pensionskasse Optik/Photo/Edel-  
 metall, Postfach, 8952 Schlieren**

**Notifica**

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

**Inscription**

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

**BVG-Vorsorge      Previdenza LPP      Prévoyance LPP**

- BVG-Basisplan**
- Erweiterter BVG-Plan 1**
- Erweiterter BVG-Plan 3**
- Erweiterter BVG-Plan 4**

- Piano base LPP**
- Piano LPP esteso no. 1**
- Piano LPP esteso no. 3**
- Piano LPP esteso no. 4**

- Plan LPP de base**
- Plan LPP élargi no 1**
- Plan LPP élargi no 3**
- Plan LPP élargi no 4**

1. AHV-Nr. (vgl. Versicherungsausweis der AHV)  
 No. dell'AVS (vedi certificato d'assicurazione AVS)  
 Numéro AVS (voir certificat d'assurance AVS) \_\_\_\_\_

2. Name und Vorname / Cognome e nome / Nom et prénom \_\_\_\_\_

3. Adresse / Indirizzo / Adresse \_\_\_\_\_  
 (Strasse / Via / Rue) \_\_\_\_\_  
 (Ort / Luogo / Lieu) \_\_\_\_\_

4. Geburtsdatum / Data di nascita / Date de naissance \_\_\_\_\_  
 (Tag / Giorno / Jour) (Monat / Mese / Mois) (Jahr / Anno / Année)

5. Zivilstand / Stato civile / Etat civil \_\_\_\_\_

6. Datum der Heirat / Data di matrimonio / Date de mariage \_\_\_\_\_  
 (Tag / Giorno / Jour) (Monat / Mese / Mois) (Jahr / Anno / Année)

7. Eintritt beim unterzeichneten Arbeitgeber (wenn  
 selbständigerwerbend bitte Ziff. 11 beantworten)  
 Entrata al servizio del datore di lavoro sottoscritto  
 (gli indipendenti devono rispondere alle domande della cifra 11)  
 Date de l'entrée en service auprès de l'employeur soussigné  
 (si vous êtes indépendant(e), veuillez répondre au chiffre 11) \_\_\_\_\_  
 (Tag / Giorno / Jour) (Monat / Mese / Mois) (Jahr / Anno / Année)

8. Name und Adresse des letzten Arbeitgebers  
 Nome e indirizzo dell'ultimo datore di lavoro  
 Nom et adresse du dernier employeur \_\_\_\_\_  
 (Strasse / Vie / Rue) \_\_\_\_\_  
 (Ort / Luogo / Lieu) \_\_\_\_\_

9. Voraussichtlicher AHV-Jahreslohn 9. \_\_\_\_\_  
 Salario AVS annuo prevedibile  
 Salaire AVS annuel présumé Fr. \_\_\_\_\_

10. Die Freizügigkeitsleistung  wird /  wurde von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung überwiesen auf PC 80-151-4 der Zürcher  
 Kantonallbank, 8010 Zürich, z. G. 1100-0622.887, Pensionskasse Photo/Optik/Edelmetall, 8952 Schlieren  
 La prestazione di libero passaggio  verrà /  è stata versata dalla precedente istituzione di previdenza sul CCP 80-151-4 della Banca  
 cantonale di Zurigo, 8010 Zurigo, a favore del conto 1100-0622.887, Cassa pensione Ottica/Foto/Metalli preziosi, 8952 Schlieren  
 La prestation de libre passage  est /  a été transférée sur le CCP 80-151-4 de la Banque Cantonale de Zurich, 8010 Zurich,  
 en faveur du compte 1100-0622.887, Caisse de pensions Optique/Photo/Métaux précieux, 8952 Schlieren

**Vom Arbeitgeber für den Arbeitnehmer auszufüllen      Da compilare dal datore di lavoro per il dipendente      A remplir par l'employeur pour le salarié**

11. Der Arbeitgeber erklärt, dass der zu versichernde Arbeitnehmer im gegenwärtigen Zeitpunkt  
 Il datore di lavoro dichiara che, attualmente, il dipendente da assicurare  
 L'employeur déclare qu'actuellement le salarié à assurer

voll arbeitsfähig ist / è completamente abile al lavoro / jouit de son entière capacité de travail

nicht voll arbeitsfähig ist\* / non è totalmente abile al lavoro\* / ne jouit pas de son entière capacité de travail\*

im Sinne der IV invalid ist (in welchem Grad?)\* / è riconosciuto invalido dall'AI (per che grado?)\* /  
 est reconnu invalide par l'AI (pour quel degré?)\*

... % (IV-Entscheid beilegen / allegare decisione AI / joindre décision de l'AI)

Die Angaben unter Ziff. 1–9 wurden geprüft  
 und in Ordnung befunden; von Ziff. 10 auf der  
 Rückseite wurde Kenntnis genommen.

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

Les indications sous chiffres 1 à 9 ont été  
 contrôlées et trouvées exactes; il a également  
 été pris connaissance des indications au verso  
 sous chiffre 10.

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

12. Der Beitrag 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'indépendante 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.

**Nur von Selbständigerwerbenden zu beantworten**

**Domande riservate agli indipendenti**

**Seulement pour les indépendant(e)s**

13. a) Seit wann sind Sie selbständigerwerbend?  
Da quando esercitate un'attività indipendente?  
Depuis quand êtes-vous indépendant(e)?
- b) Beginn der Vorsorge  
Inizio della previdenza  
Début de la prévoyance
- c) Sind Sie gemäss UVG versichert?  
Siete assicurato ai sensi della LAINF?  
Êtes-vous assuré(e) en application de la LAA?
- d) Sind Sie gegenwärtig voll arbeitsfähig?  
(Falls IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen)  
Siete attualmente completamente abile al lavoro?  
(Nel caso in possesso di decisione per favore allegare la suddetta)  
Jouissez-vous actuellement de votre entière capacité de travail?  
(Si vous êtes en possession d'une décision de l'AI, veuillez la joindre à la présente)

13. a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c)  Ja  Nein  
 Si  No  
 Oui  Non
- d)  Ja  Nein  
 Si  No  
 Oui  Non

**Nur von Selbständigerwerbenden und von im Zeitpunkt der Anmeldung nicht voll arbeitsfähigen Arbeitnehmern auszufüllen.**

**Deve essere compilato solo dagli indipendenti e da quei dipendenti che, al momento della notifica, non sono totalmente abili al lavoro.**

**A remplir seulement par les indépendants et les salariés qui, au moment de l'annonce, ne jouissent pas de leur entière capacité de travail.**

14. a) Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls?  
 Ja  Nein
- b) Benötigen Sie Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle?  
 Ja  Nein
- c) Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck, Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre, Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, 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 (ununterbrochen) aussetzen?  
 Ja  Nein
- e) Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt, der ein positives Resultat (HIV-positiv) ergab?  
 Ja  Nein
- f) Bestanden für Sie bei Ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung Einschränkungen aus gesundheitlichen Gründen (Vorbehalte, Beitragszuschläge, Ausschluss, etc.)?  
 Ja\*  Nein  
\* Bitte Unterlagen beilegen

14. a) Siete attualmente affetto da disturbi dovuti alle conseguenze di un infortunio o di una malattia?  
 Si  No
- b) Siete attualmente sottoposto a trattamenti farmaceutici o a cure o a controlli medici?  
 Si  No
- c) Avete sofferto, negli ultimi 5 anni, di disturbi cardiaci, malattie dell'apparato circolatorio, pressione arteriosa troppo alta, tubercolosi, malattie degli organi respiratori, ulcere, tumori, cancro, presenza 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 sospendere il lavoro per più di 4 settimane a causa di un malattia o di un infortunio?  
 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 precedente istituzione di previdenza, restrizioni per motivi di salute (riserve, aumenti di contributo, esclusioni ecc.)?  
 Si\*  No  
\* In questo caso, vogliate inviare le documentazioni

14. 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 circulatoires, hypertension, tuberculose, maladies de l'appareil respiratoire, tumeurs, ulcères, cancer, présence d'albumine dans l'urine, diabète, maladies de l'appareil digestif (estomac, bile, foie), maladies des reins, maladies des articulations, affections de la colonne vertébrale, épilepsie, maladies du système nerveux, affections des oreilles ou des yeux, maladies 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 maladie 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 ancienne institution de prévoyance à des restrictions pour raison de santé (réserves, 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:**

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

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

Frage Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?  
Dom. Genere della malattia, del disturbo o del trattamento medico  
No Quels troubles, maladies, infirmités ou examens médicaux?

Behandelnde Ärzte, Spitäler etc. (Bitte Adresse und bei Spitalern Arzt oder Abteilung angeben)  
Medici curanti, ospedali ecc. (indicare l'indirizzo preciso)  
Médecins traitants, hôpitaux, etc. (adresse ainsi que le nom du médecin ou du service de l'hôpital)

Von – bis?  
Da quando a quando?  
De – jusqu'à

Die zu versichernde Person ermächtigt alle Ärzte, die sie behandeln oder behandelt haben, der geschäftsführenden Lebensversicherungs-Gesellschaft Auskünfte über ihren Gesundheitszustand zu erteilen und entbindet sie hierfür vom Berufsgeheimnis. Sie nimmt ferner zur Kenntnis, dass die Gemeinschaftsstiftung für berufliche Vorsorge im schweizerischen Gewerbe ihrerseits jede Haftung für Folgen ablehnt, welche sich aus verspäteter Anmeldung oder aus wahrheitswidrigen oder unvollständigen Angaben ergeben können.

La persona da assicurare autorizza tutti i medici che la curano o l'hanno curata a dare alla Società d'assicurazione sulla vita incaricata della gestione, qualsiasi informazione sul suo stato di salute e li svincola pertanto dal segreto professionale. Essa prende atto, inoltre, che la Fondazione generale per la previdenza professionale nelle arti e nei mestieri svizzeri declina a sua volta ogni responsabilità per le conseguenze derivanti da una notifica tardiva o da indicazioni inesatte o incomplete.

La personne à assurer autorise tous les médecins qui la soignent ou qui l'ont soignée à donner des renseignements sur son état de santé à 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'annonce tardive à l'assurance ou lorsque les indications 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:**