

Anmeldung / Inscription / Iscrizione

WICHTIG: Das Formular Gesundheitserklärung ist von der zu versichernden Person auszufüllen und zusammen mit diesem Formular einzureichen. Wird der PV-PROMEA keine Gesundheitserklärung zugestellt, ist die versicherte Person nur zu den Invaliditäts- und Hinterlassenenrenten gemäss Seite 2 des persönlichen Versicherungsausweises versichert.

IMPORTANT: Le formulaire de déclaration de santé doit être rempli par la personne à assurer et remis avec le présent formulaire à l'employeur dans une enveloppe fermée. Si aucune déclaration de santé n'est remise à PV-PROMEA, la personne à assurer bénéficiera uniquement des rentes invalidité et survivants selon la page 2 du certificat d'assurance personnel.

IMPORTANTE: Il formulario dichiarazione sullo stato di salute dev'essere compilato dalla persona da assicurare e inviato unitamente a questo formulario. Se non viene inviata alcuna dichiarazione sullo stato di salute alla PV-PROMEA, la persona assicurata gode unicamente della copertura per le rendite d'invalidità e per i superstiti come indicato sulla pagina 2 del certificato d'assicurazione personale.

AHV-Nr. / N° AVS / N. AVS:

| | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Geburtsdatum: (Tag, Monat, Jahr) | Geschlecht männlich | <input type="checkbox"/> | weiblich | <input type="checkbox"/> |
| Date de naissance: (jour, mois, année) | Sexe masculin | <input type="checkbox"/> | féminin | <input type="checkbox"/> |
| Data di nascita: (giorno, mese, anno) | Sesso maschile | <input type="checkbox"/> | femminile | <input type="checkbox"/> |

Name / Vorname:

Nom / Prénom:

Cognome / Nome:

Mitgliednummer:

N° de membre:

N. di membro:

Personenkreis (sofern nur einer möglich, leer lassen) 0 1 2 3 4 ev. weitere
Catégorie du personnel (si une seule est possible, ne pas remplir) ev. d'autres
Categoria del personale (se solo una é possibile, non compilare) event. altre

| | | | |
|----------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Sprache | <input type="checkbox"/> deutsch | <input type="checkbox"/> französisch | <input type="checkbox"/> italienisch |
| Langue | allemand | français | italien |
| Lingua | tedesco | francese | italiano |

Zivilstand (ledig / verheiratet / eingetragene Partnerschaft / verwitwet / geschieden):

Etat civil (célibataire / marié / partenariat enregistré / veuf / divorcé):

Stato civile (celibe / nubile / coniugato / unione domestica registrata / vedovo / divorziato):

Datum der Eheschliessung / der eingetragenen Partnerschaft:

Date du mariage / du partenariat enregistré:

Data del matrimonio / dell'unione domestica registrata:

Eintritt in den Betrieb / Beginn der Versicherung:

Entrée dans l'entreprise / Début de l'assurance:

Entrata nell'impresa / Inizio dell'assicurazione:

Zu versichernde Jahreslohnsumme inkl. 13. Monatslohn:Salaire annuel assuré y compris 13^e salaire:Salario annuo assicurato, compresa la 13esima: **CHF****Beschäftigungsgrad (nur wenn im Vorsorgeplan vorgesehen):**

Degré d'occupation (seulement si prévu dans le plan de prévoyance):

Grado d'occupazione (solo se previsto nel piano di previdenza): _____ %

Ort / Datum:

Lieu / date:

Luogo / data:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebenden

Timbre et signature de l'employeur

Timbro e firma del datore di lavoro

Unterschrift des zu Versichernden

Signature de la personne à assurer

Firma della persona da assicurare

ACHTUNG: Unvollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgesandt!

ATTENTION: Les formulaires qui ne sont pas complètement remplis seront renvoyés!

ATTENZIONE: I formulari non completamente compilati saranno rispediti al mittente!