

Name des Betriebs:
Ragione sociale della ditta:
Nom de l'entreprise:

Mitglied-Nr.
Membro No
Membre no

Gemeinschaftsstiftung für die berufliche Vorsorge im
Schweizerischen Gewerbe in Bern

Fondazione generale per una previdanza professionale
nelle arti e nei mestieri svizzeri a Berna

Fondation générale pour une prévoyance profession-
nelle dans les arts et métiers suisses à Berne

Pensionskasse Optik/Photo/ Edelmetall

Cassa pensione Ottica/Foto/Metalli preziosi

Caisse de pensions Optique/Photo/ Métaux précieux

Lohnänderung/ Planwechsel/ Zivilstandsänderung

Modifica del salario/ Cambiamento del Piano/ Modifica dello stato civile

Modification du salaire/ Changement de plan/ Changement de l'état civil

Dieses Formular ist ausgefüllt und
unterzeichnet einzusenden an die
**Pensionskasse Optik/Photo/Edelmetall,
Baslerstrasse 60, 8048 Zürich**

La presente notifica deve essere inviata,
dopo averla debitamente compilata e firmata,
alla **Cassa pensione Ottica/Foto/Metalli
preziosi, Baslerstrasse 60, 8048 Zürich**

Cette formule doit être retournée,
rempli et signée, à la **Caisse de pensions
Optique/Photo/Métaux précieux,
Baslerstrasse 60, 8048 Zürich**

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

1. _____

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

2. _____

3. Planbezeichnung der zu verändernden Versicherung
(vgl. Versicherungsausweis)
Indicazione del Piano dell'assicurazione da modificare
(crf. certificato d'assicurazione)
Description du plan de l'assurance à modifier
(cf. certificat d'assurance)

3. Plan/Piano/Plan _____

4. Inkrafttreten der Änderung
Entrata in vigore della modifica
Entrée en vigueur de la modification

4. 1. _____
(Tag / giorno / jour) (Monat / mese / mois) (Jahr / anno / année)

Nur bei Lohnänderung ausfüllen/Compilare solo in caso di modifica del salario/A ne remplir qu'en cas de modification du salaire

5. Neuer Jahreslohn / Nuovo salario annuo / Nouveau salaire annuel

5. Fr. _____

Nur bei Planwechsel ausfüllen / Compilare solo in caso di modifica del Piano / A ne remplir qu'en cas de changement du plan

6. Neuer Plan / Nuovo Piano / Nouveau plan

– BVG-Vorsorge / – Previdenza LPP / – Prévoyance LPP:

- ☐ **BVG-Basisplan / Piano base LPP / Plan LPP de base**
☐ **Erweiterter BVG-Plan 1 / Piano LPP esteso no. 1 / Plan LPP élargi no 1**
☐ **Erweiterter BVG-Plan 3 / Piano LPP esteso no. 3 / Plan LPP élargi no 3**
☐ **Erweiterter BVG-Plan 4 / Piano LPP esteso no. 4 / Plan LPP élargi no 4**

– Weitergehende Vorsorge / – Previdenza superiore ai minimi legali / – Prévoyance dépassant le minimum légal:

- ☐ **Plan / Piano / Plan B** ☐ **Plan / Piano / Plan BR** ☐ **Plan / Piano / Plan IR**
☐ **Plan / Piano / Plan BKU** ☐ **Plan / Piano / Plan BRU** ☐ **Plan / Piano / Plan IRU**
☐ **Plan / Piano / Plan CKU** ☐ **Plan / Piano / Plan CR**
☐ **Plan / Piano / Plan DKU** ☐ **Plan / Piano / Plan CRU**

7. Datum der Eheschliessung:
Data del matrimonio:
Date du mariage:

Scheidungsdatum:
Data del divorzio:
Date du divorce:

8. Namensänderung:
Modifica del nome:
Changement de nom:

9. Neue AHV-Nr.:
Nuovo n. AVS:
Nouveau no AVS:

**Vom Arbeitgeber für den
Arbeitnehmer auszufüllen**

**Da compilare dal datore di lavoro
per il dipendente**

**A remplir par l'employeur pour
le salarié**

10. 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. 1–8 wurden geprüft
und in Ordnung befunden.

Le indicazioni di cui alle cifre da 1 a 8 sono state
verificate e riconosciute esatte.

Les indications sous chiffres 1 à 8 ont été con-
trôlées et trouvées exactes.

**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

Nachstehende Fragen sind zu beantworten

- vom Selbständigerwerbenden in jedem Fall
- vom Arbeitnehmer in der BVG-Vorsorge, sofern er nicht voll arbeitsfähig ist sowie in der weitergehenden Vorsorge in jedem Fall.

Si dovrà rispondere alle domande sottostanti

- da parte dell'indipendente: in ogni caso
- da parte del dipendente se sono assicurate solo prestazioni LPP: quando egli non è completamente abile al lavoro; se sono assicurate prestazioni superiori ai minimi legali: in ogni caso.

Les questions suivantes s'adressent

- aux indépendants dans tous les cas: aux salariés dans la prévoyance LPP, pour autant qu'ils ne jouissent pas de leur pleine capacité de travail, dans les plans supérieurs au minimum légal, dans tous les cas.

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

12. 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

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

12. a) Siete attualmente affetto da disturbi dovuti alle conseguenze di un infortunio o di una malattia?
☐ Si ☐ No

b) Siete attualmente sottoposto a trattamenti farmacologici 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 una malattia o di un infortunio?
☐ Si ☐ No

e) Vi siete sottoposti a un test AIDS che ha dato un risultato HIV positivo?
☐ Si ☐ No

11. Jouissez-vous actuellement de votre entière 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

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 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

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 quest.	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:

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 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 delle arti e dei 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 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'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:

_____, den / il / le _____
