

 V 55	Name des Betriebes: _____ Nom de l'entreprise: _____ Ragione sociale della ditta: _____	Mitglied-Nr. _____ Membre No _____ Membro No _____
---	---	--

proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz proparis fondation de prévoyance arts et métiers Suisse proparis fondazioni di previdenza arti e mestieri Svizzero

Pensionskasse PANVICA	Caisse de pensions PANVICA	Cassa-pensioni PANVICA
----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

Anmeldung

Diese Anmeldung ist ausgefüllt und unterzeichnet einzusenden an die Pensionskasse PANVICA, Postfach 514, 3053 Münchenbuchsee

Inscription

Cette formule doit être retournée, remplie et signée, à la Caisse de pensions PANVICA, Case postale 514, 3053 Münchenbuchsee

Notifica

La presente notifica deve essere inviata, dopo averla debitamente compilata e firmata, alla Cassa-pensioni PANVICA, Casella postale 514, 3053 Münchenbuchsee

Weitergehende Vorsorge	Mesures de prévoyance dépassant le minimum légal	Previdenza superiore ai minimi legali
-----------------------------------	---	--

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 BBU <input type="checkbox"/>	Plan/Piano CKU <input type="checkbox"/>	Plan/Piano CR <input type="checkbox"/>	Plan/Piano CRU <input type="checkbox"/>
Plan/Piano (SE BVG) <input type="checkbox"/>	Plan/Piano DKU <input type="checkbox"/>	Plan/Piano IR <input type="checkbox"/>	Plan/Piano IRU <input type="checkbox"/>

<p>1. AHV-Nr. (vgl. Versicherungsausweis der AHV) Numéro AVS (voir certificat d'assurance AVS) No. AVS (cfr. Certificato d'assicurazione AVS)</p> <p>2. Name und Vorname / Nom et prénom / Cognome e nome</p> <p>3. Adresse / Adresse / Indirizzo</p> <p>4. Geburtsdatum / Date de naissance / Data di nascita</p> <p>5. Stellung im Beruf Situation professionnelle Genere d'attività</p> <p>6. Beginn der Vorsorge Début de prévoyance Inizio della previdenza</p> <p>7. Zu versichernder Jahreslohn (im Maximum der AHV-pflichtige Jahreslohn) Salaire annuel à assurer (au maximum le salaire annuel soumis à l'AVS) Salario da assicurare (al massimo: salario annuo soggetto ai contributi AVS)</p> <p>8. Persönliche Einmaleinlage oder Freizügigkeitsleistung Prime unique personnelle ou prestation de libre passage Versamento unico individuale o prestazione di libero passaggio</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>Tag/jour/giorno Monat/mois/mese Jahr/année/anno</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer Salarie Dipendente <input type="checkbox"/> Selbständigerwerbend Indépendant Indipendente</p> <p>6. _____</p> <p>Tag/jour/giorno Monat/mois/mese Jahr/année/anno</p> <p>7. Fr.</p> <p>8. Fr.</p>
--	---

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

Les indépendants paient l'intégralité des cotisations de leur prévoyance. Pour les salariés, les cotisations sont payées à moitié par la personne assurée et à 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.

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 quelli del personale all'organo d'applicazione.

Bei Versicherung eines Arbeitnehmers Vom Arbeitgeber auszufüllen	A remplir par l'employeur lors de l'admission d'un salarié	Da compilare dal datore di lavoro in caso l'assicurazione sia per un dipendente
---	---	--

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

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

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

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

Ort den Lieu le Luogo il

Bitte Rückseite beantworten	S.v.p. remplir au verso	P.f. compilare il retro
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

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

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

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

10. 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

10. 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 raisons de santé (réserves augmentation de cotisations, exclusions, etc.)?
 Oui Non
* Le cas échéant, veuillez joindre les documents correspondants

10. 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 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
- 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

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

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

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

Frage	Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Behandelnde Ärzte, Spitäler etc. (Bitte Adresse und bei Spitätern Arzt oder Abteilung angeben)	Von – bis?
Lettre	Quels troubles, maladies, infirmités ou examens médicaux?	Médecins traitants, hôpitaux, etc. (adresse ainsi que le nom du médecin ou du service de l'hôpital)	De – jusqu'à?
Domanda	Genere della malattia, del disturbo o del trattamento medico?	Medici curanti, ospedali ecc. (indicare l'indirizzo preciso)	Da – a?

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

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

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

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 proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz ihrerseits jede Haftung für Folgen ablehnt, welche sich aus verspäteter Anmeldung oder aus wahrheitswidrigen oder unvollständigen Angaben ergeben können.

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 proparis fondation de prévoyance arts et métiers Suisse 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.

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 gerenza, qualsiasi informazione sul suo stato di salute e li svincola pertanto dal segreto professionale.
Essa prende inoltre atto, che la proparis fondazioni di previdenza arti e mestieri Svizzero declina a sua volta ogni responsabilità per le conseguenze derivanti da una notifica tardiva o da indicazioni inesatte o incomplete.

Unterschrift der zu versichernden Person:

Signature de la personne à assurer:

Firma della persona da assicurare:

Ort den Lieu le Luogo il