

ARBEITGEBER

Vertragsnr.: _____

Firma: _____

ZU VERSICHERNDE PERSON (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Personen, die in Anwendung von Art. 26a BVG (Provisorische Weiterversicherung und Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs bei Herabsetzung oder Aufhebung der Rente der Invalidenversicherung) bei der Vorsorgeeinrichtung ihres bisherigen Arbeitgebers versichert bleiben, müssen uns eine Bescheinigung dieser Vorsorgeeinrichtung zukommen lassen, aus der ersichtlich ist, bis wann diese Weiterversicherung voraussichtlich dauert (theoretisches Datum). Der Eintritt in eine neue Vorsorgeeinrichtung erfolgt frühestens am Ende der provisorischen Weiterversicherung, sofern die Eintrittsbedingungen immer noch erfüllt sind.

Eintrittsdatum: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Zivilstand: ledig verheiratet eingetr. Partner(in) geschieden* verwitwet*

* gilt analog auch für eingetragene Partner

AHV-Nr.: _____ Datum der Heirat/ eingetr. Partnerschaft: _____

Geschlecht: Mann Frau Geburtsdatum Ehepartner: _____Für Ausländer,
Einreisedatum in die Schweiz: _____ Massgebender Jahreslohn
(für ein volles Jahr berechnet): CHF _____Sprache: Französisch Deutsch Englisch Beschäftigungsgrad: _____ %

Privatadresse: _____

Name und Adresse des vorherigen Arbeitgebers:
_____Name und Adresse der vorherigen Vorsorgeeinrichtung:
_____**Ort und Datum:****Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:**

GESUNDHEITSERKLÄRUNG (handschriftlich von der zu versichernden Person auszufüllen)

1. Sind Sie zum Zeitpunkt des Eintritts arbeitsunfähig (auch wenn nur teilweise)? ja nein2. Leiden Sie an gesundheitlichen Störungen, Unfallfolgen, Krankheiten oder
Geburtsgebrechen oder haben sie in den letzten fünf Jahren daran gelitten? ja nein3. Beziehen Sie Leistungen der Invalidenversicherung (IV) oder haben/werden Sie
solche Leistungen beantragt/beantragen? ja neinFalls ja, von der IV anerkannter Invaliditätsgrad: _____ %
(Bitte eine Kopie des IV-Entscheids beilegen)4. Gab es bei Ihrer vorherigen Vorsorgeeinrichtung einen Vorbehalt oder eine Zusatzprämie? ja nein

Ich erlaube hiermit dem Rückversicherer der Stiftung, diese Erklärung einzusehen. Falls ich eine der vier Fragen mit ja beantwortet habe, bin ich im Hinblick auf die verschiedenen Risiken nur im Rahmen der BVG-Mindestleistungen versichert, solange mir die Vorsorgestiftung nicht schriftlich eine über das obligatorische Minimum hinausgehende Deckung zugesichert hat.

Ich bestätige hiermit, die oben erwähnten vier Fragen wahrheitsgemäss und genau beantwortet zu haben..

Ort und Datum:**Unterschrift der zu versichernden Person:**

BITTE ZURÜCK AN:

AVENA Fondation BCV 2^e pilier
c/o Banque Cantonale Vaudoise
Case postale 300
1001 Lausanne