

Ce formulaire doit être complété et renvoyé à la Fondation BCV deuxième pilier dès qu'une incapacité de travail partielle ou totale dépasse le délai d'attente prévu contractuellement.

EMPLOYEUR

N° de contrat : /

Raison sociale :

PERSONNE ASSURÉE

Nom : Prénom :

N° AVS : Date de naissance : / /

Adresse privée : (rue, n°)

(NPA, lieu)

ENFANT(S)

Nom	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /

Veuillez joindre une attestation d'études / apprentissage pour les enfants âgés de plus de 18 ans.

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Date du début de l'incapacité de travail : / / Allocations familiales : oui non

Cause de l'incapacité de travail : accident maladie

Salaire annuel déterminant lors de la survenance de l'incapacité de travail : CHF

dès le : / /

DURÉE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

.....% du / / au / /% du / / au / /
.....% du / / au / /% du / / au / /
.....% du / / au / /% du / / au / /

MÉDECIN(S) TRAITANT(S)

Nom :

Nom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

ASSURANCES

1. Une demande AI a-t-elle été déposée ? non oui

Si oui, joindre une copie du questionnaire de l'employeur.

2. a) Assurance en cas d'accident : N° de contrat :

Adresse : (nom, rue, n°)

(NPA, lieu)

b) Assurance accident complémentaire éventuelle : N° de contrat :

Adresse : (nom, rue, n°)

(NPA, lieu)

3. Assurance en cas de maladie : N° de contrat :

Adresse : (nom, rue, n°)

(NPA, lieu)

4. La personne assurée a-t-elle plusieurs employeurs ? non oui

Si oui, indiquer les coordonnées du/des autre(s) employeur(s) :

Nom :

Nom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

DOCUMENTS À JOINDRE

- Procuration dûment signée par la personne assurée
- Déclaration de maladie ou d'accident
- Décomptes de l'assurance perte de gain maladie ou accidents (LAA)
- Certificats médicaux
- Carte maladie ou feuille accident

Lieu et date :

Timbre et signature de l'employeur :

.....

.....

À RENVOYER À :

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