

ARBEITGEBER

Vertragsnummer: Kollektivnummer (falls vorhanden):

Firma:

ZU VERSICHERNDE PERSON

Beitrittsdatum: Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Zivilstand: ledig verheiratet nach PartG eingetr. Partner/in
 geschieden* verwitwet* * gilt analog auch für eingetragene Partner (PartG)

AHV- Nummer: Datum der Heirat / eingetr. Partnerschaft:

Antrag für AHV-Nr. läuft

Geschlecht: Mann Frau Geburtsdatum Ehe- bzw. eingetr. Partner/in:

Wahl des Vorsorgeplans (falls vorhanden) Massgebender Jahreslohn (für ein volles Jahr berechnet): CHF

Beschäftigungsgrad: %

Sprache: Französisch Deutsch Englisch Beruf:

Privatadresse:

Telefon: E-Mail:

Name und Adresse des früheren Arbeitgebers:

Name und Adresse der früheren Vorsorgeeinrichtung:

Angaben zur Arbeitsfähigkeit

1. Ist die zu versichernde Person am Beitrittsdatum (teilweise) arbeitsunfähig? ja nein

2. Bezieht die zu versichernde Person am Beitrittsdatum Leistungen der Invalidenversicherung (IV) oder wurde bzw. wird demnächst ein Antrag an die IV gestellt? ja nein

Falls ja, von der IV festgestellter Invaliditätsgrad: %
(bitte eine Kopie des IV-Entscheids beilegen)

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

ZURÜCKSENDEN AN:

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