

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<sup>e</sup> pilier  
c/o Banque Cantonale Vaudoise  
Case postale 300  
1001 Lausanne