

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