

ARBEITGEBER

Vertrag Nr.:

Firma:

VERSICHERTE PERSON

Name: Vorname:

AHV-Nr: ..756.. Geburtsdatum: / /

Zivilstand: ledig verheiratet in eingetragener Partnerschaft geschieden* verwitwet*

* Bei eingetragener Partnerschaft: gerichtlich bzw. durch Tod aufgelöste Partnerschaft

Beginn des unbezahlten Urlaubs: / / Ende des unbezahlten Urlaubs: / /

Beitragszeit vor dem unbezahlten Urlaub (im Jahr, in dem der unbezahlte Urlaub angetreten wird)

vom / / bis am / /

Massgebender Lohn in diesem Zeitraum: CHF

Beschäftigungsgrad vor dem unbezahlten Urlaub:%

Massgebender Jahreslohn nach der Rückkehr aus dem unbezahlten Urlaub, sofern geändert*: CHF

Beschäftigungsgrad nach der Rückkehr aus dem unbezahlten Urlaub, sofern geändert*:%

* Ohne Angabe des Arbeitgebers wird der vor dem unbezahlten Urlaub geltende massgebende Lohn aufs Jahr hochgerechnet und nach der Rückkehr aus dem unbezahlten Urlaub als massgebender Jahreslohn berücksichtigt.

Wahl der versicherten Person bezüglich der Versicherungsdeckung während des unbezahlten Urlaubs:

- Sistierung der Versicherung**
Im Invaliditäts- oder Todesfall während des unbezahlten Urlaubs werden die im Reglement vorgesehenen Leistungen nicht ausgerichtet, ausser das betreffende Ereignis tritt während des ersten Monats des Urlaubs ein. Eignet sich der Schadensfall später, besteht einzig Anspruch auf die bei Urlaubsbeginn erworbene Freizüigkeitsleistung.
- Weiterführung von Risiko- und Altersversicherung, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge gehen zulasten der versicherten Person**
- Weiterführung der Risikoversicherung, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge gehen zulasten der versicherten Person**
Bei Weiterführung der Versicherung richtet sich der von der versicherten Person zu zahlende Beitrag nach dem versicherten Lohn vor dem Urlaub und wird anhand der im Mitgliedschaftsvertrag festgelegten Beitragssätze für den Spar- und den Risikoteil bzw. für den Risikoteil allein berechnet. Der Beitrag wird der Stiftung ausschliesslich über den Arbeitgeber überwiesen.

Datum Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

BITTE ZURÜCK AN:

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