

Nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartezeit muss die teilweise oder vollständige Erwerbsunfähigkeit mittels dieses Formulars gemeldet werden. Bitte vollständig ausfüllen und an die Fondation BCV deuxième pilier zurücksenden.

### ARBEITGEBER

Vertrags-Nr. .... / .....

Firma .....

---

### VERSICHERTE PERSON

Name: ..... Vorname: .....

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

Privatadresse: (Strasse, Nr.) .....

(PLZ/ORT) .....

---

### KINDER

Name	Vorname	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
.....	.....	..... / ..... / .....
.....	.....	..... / ..... / .....
.....	.....	..... / ..... / .....
.....	.....	..... / ..... / .....

Bitte legen Sie für in Ausbildung stehende volljährige Kinder eine Studien- bzw. Ausbildungsbescheinigung bei.

---

### ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Beginn der Erwerbsunfähigkeit ..... / ..... / ..... Familienzulagen:  ja  nein

Ursache der Erwerbsunfähigkeit:  Unfall  Krankheit

Massgebender Lohn bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit: CHF .....

seit dem: ..... / ..... / .....

---

### DAUER DER ERWERBSUNFÄHIGKEIT

.....% vom ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....	..... vom ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....
.....% vom ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....	..... vom ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....
.....% vom ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....	..... vom ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....

---

### BEHANDELNDE ÄRZTE

Name: .....

Name: .....

Adresse: .....

Adresse: .....

.....

.....

---

**VERSICHERUNGEN**

1. Wurde ein IV-Antrag gestellt?  nein  ja

Falls ja, bitte Kopie des Arbeitgeber-Fragebogens beilegen.

2. a) Unfallversicherung: Vertrags-Nr. ....

Adresse: (Name, Strasse, Nr.) .....  
(PLZ/ORT) .....

b) Eventuelle Unfallzusatzversicherung: Vertrags-Nr. ....

Adresse: (Name, Strasse, Nr.) .....  
(PLZ/ORT) .....

3. Krankenversicherung: Vertrags-Nr. ....

Adresse: (Name, Strasse, Nr.) .....  
(PLZ/Ort) .....

4. Ist die versicherte Person für mehrere Arbeitgeber tätig?  nein  ja

Falls ja, bitte Name und Adresse der anderen Arbeitgeber angeben.

Name: .....	Name: .....
Adresse: .....	Adresse: .....
.....	.....

---

**BEIZULEGENDE DOKUMENTE**

- Von der versicherten Person unterzeichnete Vollmacht
- Krankheits- oder Unfallmeldung
- Abrechnungen der Erwerbsausfallversicherung bei Unfall oder Krankheit (UVG)
- Arztzeugnisse
- Kranken- oder Unfallblatt

---

**Ort und Datum:**

**Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:**

.....

.....

*Bei diesem Dokument handelt es sich um eine Übersetzung. Massgebend ist einzig das französische Original.*

**ARBEITGEBER**

Vertrags-Nr. .... / .....

Firma .....

---

**VERSICHERTE PERSON**

Name: ..... Vorname: .....

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

Privatadresse: (Strasse, Nr.) .....

(PLZ/ORT) .....

---

**UMFANG DER VOLLMACHT****a) Andere Versicherer**

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der/des Versicherten, ermächtigt der/die Unterzeichnende den Rückversicherer der Fondation BCV deuxième pilier - die Mobilier - ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen vom Arbeitgeber gemeldeten Versicherungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen usw., die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (beispielsweise medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

Kraft dieser Ermächtigung ist der in seine Unterlagen Einsicht gewährende Versicherungsträger berechtigt, dem Rückversicherer der Stiftung während der gesamten Dauer der Prüfung der Leistungsberechtigung fortlaufend und unaufgefordert Kopien der relevanten Dokumente zukommen zu lassen.

**b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer**

Ebenso wird der Rückversicherer der Fondation BCV deuxième pilier - die Mobilier - mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihm notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten usw. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber - die Mobilier - vorbehaltlos entbunden.

**c) Weiterleitung der eigenen Akten**

Des Weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnende die Mobilier, der zuständigen IV-Stelle Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss..

Kraft ihrer Unterschrift verleiht die versicherte Person dem Rückversicherer eine Vollmacht im oben ausgeführten Umfang (Punkte a bis c).

**Ort und Datum:****Unterschrift der versicherten Person  
oder ihres Rechtsvertreters**

.....

.....

**BITTE ZURÜCK AN:**

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