

Nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist 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: ..... / ..... / .....

: (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 ..... / ..... / .....

---

### CASE MANAGEMENT (UNTERSTÜTZUNG BEI DER BERUFLICHEN WIEDEREINGLIEDERUNG)

Möchten Sie, dass eine Spezialistin bzw. ein Spezialist der Mobiliar für die Wiedereingliederung Sie kontaktiert?

ja Telefonnummer: .....

nein

---

**BEHANDELNDE ÄRZTE**

Name: .....

Adresse: .....

.....

Name: .....

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: .....

Adresse: .....

.....

Name: .....

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.**

**BITTE ZURÜCK AN:**

Fondation BCV deuxième pilier  
c/o Banque Cantonale Vaudoise  
Case postale 300  
1001 Lausanne