

COPRE

EINTRITTSMELDUNG

Angeschlossenen Unternehmen: Vertrags-Nr.:

Kreis der Versicherten: Kategorie:

Persönliche Daten des/der Versicherten

Name und Vorname: Geburtsdatum:

AHV-Nr.: Geschlecht: M F

Adresse: Sprache: Französisch Deutsch

Englisch Italienisch

Tel. privat/mobil: E-Mail:

Zivilstand, seit dem: ledig verheiratet geschieden

in eingetragener Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft verwitwet

Eintrittsdatum:

Jährlicher AHV-Lohn: CHF Beschäftigungsgrad:%

(Bei Teilzeitbeschäftigung bitte den annualisierten Lohn angeben, der dem tatsächlichen Beschäftigungsgrad entspricht)

(Bei temporärer oder saisonaler Anstellung den Teillohn auf einen Jahreslohn umrechnen)

Anmerkung: Eine ärztliche Untersuchung ist notwendig, wenn der/die Versicherte erstmals die Lohngrenze von CHF 400 000.-- überschreitet, und danach bei jeder Lohnerhöhung um über 20%. (Wir übermitteln dem/der Versicherten einen Gesundheitsfragebogen.)

Angaben zum Arbeitgeber / zur ehemaligen Vorsorgeeinrichtung

Firma und Adresse des ehemaligen Arbeitgebers

Firma und Adresse der ehemaligen Pensionskasse

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arbeitsfähigkeit

Verfügt die zu versichernde Person über ihre volle Arbeitsfähigkeit? ja nein

Bezieht die zu versichernde Person eine Rente der eidgenössischen Invalidenversicherung? ja nein

Wenn ja, Invaliditätsgrad:%

Ort und Datum: Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers: