

COPRE

ANNONCE D'ENTRÉE

Entreprise affiliée : N° de contrat :

Cercle de personnes assurées : Catégorie :

Données personnelles de l'assuré-e

Nom et prénom : Date de naissance :

N° AVS : Sexe : M F

Adresse : Langue : français allemand

anglais italien

Tél. privé/portable : E-mail :

Etat civil dès le : célibataire marié(e) divorcé

lié(e) par un partenariat enregistré partenariat dissous veuf(ve)

Date d'entrée :

Salaire AVS annuel : CHF Taux d'activité : %

(En cas d'activité à temps partiel, merci d'indiquer le salaire annualisé correspondant au taux d'activité effectif)

(En cas d'emploi temporaire ou saisonnier, merci de convertir le salaire fractionné en salaire annuel)

Remarque : Un examen médical est nécessaire lorsque l'assuré passe pour la première fois la limite des CHF 400'000.-, puis à chaque augmentation de salaire qui dépasse 20% ou CHF 50'000. (Nous transmettrons à l'assuré(e) le questionnaire de santé)

Coordonnées de l'employeur/ancienne institution de prévoyance

Raison sociale et adresse de l'ancien employeur

Raison sociale et adresse de l'ancienne institution de prévoyance

.....

.....

.....

Capacité de travail

La personne à assurer dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail ? oui non

La personne à assurer touche-t-elle une rente de l'assurance invalidité fédérale ? oui non

Si oui, degré d'invalidité : %

Lieu et date : Timbre/Signature de l'employeur :