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 ☐ Partnerschaft aufgelöst ☐ 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, die 20% oder CHF 50'000 übersteigt. (Wir übermitteln dem/der Versicherten den Gesundheitsfragebogen.)

Angaben zum Arbeitgeber / zur ehemaligen Vorsorgeeinrichtung

Firma und Adresse des ehemaligen Arbeitgebers

☐

☐

☐

Firma und Adresse der ehemaligen Vorsorgeeinrichtung

☐

☐

☐

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: ☐

ADMINISTRATION — Place de la Gare 12 • Case postale 420 • CH-1001 Lausanne
T. 021 310 12 30 • E. copre@copre.ch • www. copre.ch

Annonce d'entrée_DE/mai 2024