

COPRE

ANNONCE D'ENTRÉE

Entreprise affiliée : N° de contrat :

Cercle de personnes assurées

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom : Date de naissance :

N° AVS : Sexe : M F

Adresse :

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

(Si emploi temporaire ou saisonnier, convertir le salaire fractionné en salaire annuel)

Taux d'activité : %.....

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 de plus de 20%. (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
caisse de pension

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :