

COPRE

ANNONCE DE SORTIE

Entreprise affiliée : N° de Contrat :

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)

Indication au sujet de la sortie

Date de la sortie (salaire versé jusqu'au) :

L'assuré est-il en incapacité de travail des suites d'une maladie ou d'un accident ? oui non

- Si oui, merci de nous faire parvenir le formulaire « Annonce d'une incapacité de gain »

S'agit-il d'un départ en retraite anticipée ? oui non

- Si oui, nous contacterons directement l'assuré, dans les prochains jours.

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

Si l'assuré(e) dispose des éléments nécessaires pour le transfert de sa prestation de sortie, il (elle) peut d'ores et déjà remplir le formulaire adéquat