

# COPRE

## AUSTRITTSMELDUNG

Angeschlossenen Unternehmen: ..... Vertrags-Nr.: .....

---

### Persönliche Daten des/der Versicherten

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

AHV-Nr.: ..... Geschlecht:  M  F

Adresse: .....

Tel. privat/mobil: ..... Mail: .....

Zivilstand, seit dem: .....  ledig  verheiratet  geschieden

in eingetragener Partnerschaft  Partnerschaft aufgelöst  verwitwet

---

### Angaben betreffend den Austritt

Datum des Austritts (Lohnzahlung bis): .....

Ist der/die Versicherte aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls arbeitsunfähig?  ja  nein

- Falls ja, bitte senden Sie uns das Formular « Meldung einer Erwerbsunfähigkeit »

Handelt es sich um eine vorzeitige Pensionierung?  ja  nein

- Falls ja, werden wir uns in den nächsten Tagen direkt mit dem/der Versicherten in Verbindung setzen
- 

Ort und Datum : ..... Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers : .....

Falls dem/der Versicherten die notwendigen Angaben für die Überweisung der Austrittsleistung vorliegen, so kann er/sie bereits das Formular auf der Rückseite ausfüllen.