

# COPRE

## EINTRITTSMELDUNG

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

Kreis der Versicherten .....

### Persönliche Daten des/der Versicherten

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

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

Adresse: .....

Tel. privat/mobil: ..... E-Mail: .....

Zivilstand, seit dem: .....  ledig  verheiratet  geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft  Partnerschaft aufgelöst  verwitwet

Eintrittsdatum: .....

Jährlicher AHV-Lohn: CHF .....

(Bei temporärer oder saisonaler Anstellung den Teillohn auf einen Jahreslohn umrechnen.)

Beschäftigungsgrad: % .....

Anmerkung: Eine ärztliche Untersuchung ist notwendig, wenn der/die Versicherte erstmals die Lohngrenze von CHF 400 000.-- überschreitet, und danach bei jeder Lohnerhöhung um über 20%. (Wir übermitteln dem/der Versicherten den Gesundheitsfragebogen.)

### Angaben zum Arbeitgeber / zur ehemaligen Vorsorgeeinrichtung

Firma und Adresse des ehemaligen Arbeitgebers

Firma und Adresse der ehemaligen Pensionskasse

.....  
.....  
.....

### 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 : .....