

COPRE

MELDUNG EINER LEBENSGEMEINSCHAFT

Angeschlossenes 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 geschieden verwitwet

Partnerschaft aufgelöst

Konkubinatspartner/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Beginn der Lebensgemeinschaft (Datum):

Fotokopie eines Identitätsausweises beilegen

Bestätigung der Lebensgemeinschaft durch die versicherte Person

Die versicherte Person bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass eine mit einer Ehe oder eingetragenen Partnerschaft vergleichbare Lebensgemeinschaft besteht und dass sie die Artikel 27 bis 32 des Vorsorgereglements zur Kenntnis genommen hat.

Ort und Datum: Unterschrift des/der Versicherten: