

COPRE

MELDUNG UNBEZAHLTER URLAUB

Angeschlossenen Unternehmen: Vertrags-Nr.:

Persönliche Daten des/der Versicherten

Name und Vorname: Geburtsdatum:

AHV-Nr.: Geschlecht: M F

Unbezahlter Urlaub

Dauer vom: bis am:

Während dem unbezahlten Urlaub wird folgende Deckung gewünscht:

- Die Altersvorsorge (Sparbeiträge) und Risikoversorge sollen aufrechterhalten werden.
- Die Altersvorsorge (Sparbeiträge) soll stillgelegt und die Risikoversorge soll aufrechterhalten werden.
- Die Altersvorsorge (Sparbeiträge) und die Risikoversorge sollen stillgelegt werden. (Die Versicherte Person ist während dieser Zeit nicht versichert. Es wird weder Altersguthaben angespart noch besteht eine Risikodeckung.)

Ort und Datum: Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers:

Ort und Datum: Unterschrift des/der Versicherten: