

# COPRE

## ANNONCE D'ENTRÉE

Entreprise affiliée : ..... N° de contrat : .....

Cercle de personnes assurées : ..... Catégorie : .....

### Données personnelles de l'assuré-e

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

N° AVS : ..... Sexe :  M  F

Adresse : ..... Langue :  français  allemand

anglais  italien

Tél. privé/portable : ..... E-mail : .....

Etat civil dès le : .....  célibataire  marié(e)  divorcé

lié(e) par un partenariat enregistré  partenariat dissous  veuf(ve)

Date d'entrée : .....

Salaire AVS annuel : CHF ..... Taux d'activité : ..... %

(En cas d'activité à temps partiel, merci d'indiquer le salaire annualisé correspondant au taux d'activité effectif)

(En cas d'emploi temporaire ou saisonnier, merci de convertir le salaire fractionné en salaire annuel)

Remarque : Un examen médical est nécessaire lorsque l'assuré passe pour la première fois la limite des CHF 400'000.-, puis à chaque augmentation de salaire qui dépasse 20% ou CHF 50'000. (Nous transmettons à l'assuré(e) le questionnaire de santé)

### Coordonnées de l'employeur/ancienne institution de prévoyance

Raison sociale et adresse de l'ancien employeur

Raison sociale et adresse de l'ancienne institution de prévoyance

.....

.....

.....

### Capacité de travail

La personne à assurer dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail ?  oui  non

La personne à assurer touche-t-elle une rente de l'assurance invalidité fédérale ?  oui  non

Si oui, degré d'invalidité : ..... %

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