

COPRE

EINTRITTSMELDUNG

Angeschlossenen Unternehmen: Vertrags-Nr.:

Kreis der Versicherten: Kategorie:

Persönliche Daten des/der Versicherten

Name und Vorname: Geburtsdatum:

AHV-Nr.: Geschlecht: M F

Adresse: Sprache: Französisch Deutsch

Englisch Italienisch

Tel. privat/mobil: E-Mail:

Zivilstand, seit dem: ledig verheiratet geschieden

in eingetragener Partnerschaft Partnerschaft aufgelöst verwitwet

Eintrittsdatum:

Jährlicher AHV-Lohn: CHF Beschäftigungsgrad:%

(Bei Teilzeitbeschäftigung bitte den annualisierten Lohn angeben, der dem tatsächlichen Beschäftigungsgrad entspricht)

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

Anmerkung: Eine ärztliche Untersuchung ist notwendig, wenn der/die Versicherte erstmals die Lohngrenze von CHF 400 000 überschreitet, und danach bei jeder Lohnerhöhung, die 20% oder CHF 50'000 übersteigt. (Wir übermitteln dem/der Versicherten den Gesundheitsfragebogen.)

Angaben zum Arbeitgeber / zur ehemaligen Vorsorgeeinrichtung

Firma und Adresse des ehemaligen Arbeitgebers

Firma und Adresse der ehemaligen
Vorsorgeeinrichtung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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: