

Nachtrag zur Beitrittsvereinbarung



CIEPP

Caisse Inter-Entreprises
de Prévoyance Professionnelle

ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

Ref.: _____

Herzlich Willkommen,

Diese Informationsseite hilft Ihnen beim ausfüllen des Nachtrag zur Beitrittsvereinbarung.
Auf den verschiedenen von Ihnen gewählten Zonen wird Ihnen eine Erklärung zu den vorgeschlagenen Möglichkeiten gegeben.
Auf Seite 2 vervollständigen Sie das Formular.

Freundliche Grüsse.

VORSORGEPLÄNE UND VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN – WÄHLEN SIE DIE OPTION A ODER B

Personalkategorien (z. B. Mitarbeitende, Kader, Direktion usw.)	Bestehende Pläne	Obergrenze (nur eine Angabe möglich)			Zusätzliche Sparrate	Zusätzliches Kapital im Todesfall (1 bis 4x des versicherten Jahreslohnes)
	MINIMA MEDIA SUPRA MAXIMA OPTIMA MEDIA (mit Option Risiko+) MAXIMA (mit Option Risiko+) OPTIMA (mit Option Risiko+)	1 Begrenzt auf Maximallohn nach BVG	2 Zwischenvariante in CHF	3 Begrenzt auf Maximal- lohn nach Plan		

☐ A DER ARBEITGEBER WÜNSCHT EINEN EINHEITLICHEN PLAN FÜR ALLE VOM NACHTRAG BETROFFENEN ARBEITNEHMER

Alle Arbeitnehmer bei der ZKBV versichert	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
--	-------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---	---

☐ B DER ARBEITGEBER WÜNSCHT VERSCHIEDENE PERSONALKATEGORIEN EINZURICHTEN

Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein

Der Arbeitgeber wünscht die Berechnung der Eintrittsschwelle und des Koordinationsabzugs: ☐ Ja ☐ Nein

- ☐ proportional zum Beschäftigungsgrad für jeden Versicherten
- ☐ proportional des unten angegebenen Satzes anwendbar für das gesamte Personal:
☐ 25 % ☐ 50 % ☐ 75 % ☐ 0 % nach Plan **MEDIA** auf dem versicherten Jahreslohn für die Risiken

Der Arbeitgeber wünscht die von seinem Personal bei ihm ausgeübte Nebenerwerbstätigkeit zu versichern: ☐ Ja ☐ Nein

Arbeitgeberbeitragsansatz, falls höher als 50 %: Satz: _____ %

Zahlungsmodus: ☐ Monatlich ☐ Vierteljährlich

Dieser Nachtrag wird beantragt: ☐ Für das gesamte Personal des Unternehmens

☐ Für einen Teil des Personals des Unternehmens, bitte Kategorie angeben: _____

Ist eine Personalkategorie einer anderen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Kategorie: _____

Bei welcher Einrichtung: _____

Falls eine Personalkategorie bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen ist bestätigt der Arbeitgeber hiermit, dass der Grundsatz der Angemessenheit nach Artikel 1a BVV 2 für die gesamte berufliche Vorsorge und dies für das gesamte Personal gegeben ist, welches ebenfalls bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung versichert ist. Bei nicht einhalten dieses Prinzips trägt er die Konsequenzen.

DATUM DES BEGINNS DES NACHTRAGS: _____

Nachtrag zur Beitrittsvereinbarung



CIEPP
Caisse Inter-Entreprises
de Prévoyance Professionnelle
ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

Ref.: _____

Mitglied Nr.: _____ Name oder Firmenname: _____

Postadresse: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Kontaktperson: _____ E-mail: _____

VORSORGEPLÄNE UND VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN – WÄHLEN SIE DIE OPTION A ODER B

Personalkategorien (z. B. Mitarbeitende, Kader, Direktion usw.)	Bestehende Pläne	Obergrenze (nur eine Angabe möglich)			Zusätzliche Sparrate	Zusätzliches Kapital im Todesfall (1 bis 4x des versicherten Jahreslohnes)
	MINIMA MEDIA SUPRA MAXIMA OPTIMA MEDIA (mit Option Risiko+) MAXIMA (mit Option Risiko+) OPTIMA (mit Option Risiko+)	1 Begrenzt auf Maximallohn nach BVG	2 Zwischenvariante in CHF	3 Begrenzt auf Maximal- lohn nach Plan		

☐ A DER ARBEITGEBER WÜNSCHT EINEN EINHEITLICHEN PLAN FÜR ALLE VOM NACHTRAG BETROFFENEN ARBEITNEHMER

Alle Arbeitnehmer bei der ZKBV versichert	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
--	-------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---	---

☐ B DER ARBEITGEBER WÜNSCHT VERSCHIEDENE PERSONALKATEGORIEN EINZURICHTEN

Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein
Kat: _____	Plan: _____	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ x ☐ Nein

Der Arbeitgeber wünscht die Berechnung der Eintrittsschwelle und des Koordinationsabzugs: ☐ Ja ☐ Nein

- ☐ proportional zum Beschäftigungsgrad für jeden Versicherten
- ☐ proportional des unten angegebenen Satzes anwendbar für das gesamte Personal:
 - ☐ 25 % ☐ 50 % ☐ 75 % ☐ 0 % nach Plan **MEDIA** auf dem versicherten Jahreslohn für die Risiken

Der Arbeitgeber wünscht die von seinem Personal bei ihm ausgeübte Nebenerwerbstätigkeit zu versichern: ☐ Ja ☐ Nein

Arbeitgeberbeitragsansatz, falls höher als 50 %: Satz: _____ %

Zahlungsmodus: ☐ Monatlich ☐ Vierteljährlich

Dieser Nachtrag wird beantragt: ☐ Für das gesamte Personal des Unternehmens
☐ Für einen Teil des Personals des Unternehmens, bitte Kategorie angeben: _____

Ist eine Personalkategorie einer anderen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Kategorie: _____

Bei welcher Einrichtung: _____

Falls eine Personalkategorie bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen ist bestätigt der Arbeitgeber hiermit, dass der Grundsatz der Angemessenheit nach Artikel 1a BVV 2 für die gesamte berufliche Vorsorge und dies für das gesamte Personal gegeben ist, welches ebenfalls bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung versichert ist. Bei nicht einhalten dieses Prinzips trägt er die Konsequenzen.

DATUM DES BEGINNS DES NACHTRAGS: _____

NAME ODER FIRMENNAME: _____

LISTE DER ZU VERSICHERNDEN ARBEITNEHMER										
Name	Vorname	Geburtsdatum	Ge- schlecht	AVH Nr.	Beitrittsdatum	AHV-Jahreslohn	Kategorie (nur angeben, wenn es mehrere gibt)	Beschäfti- gungsgrad	Arbeitsunfä- higkeitsgrad	Invalidi- tätsgrad
		(TT/MM/JJJJ)		756 . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _	(TT/MM/JJJJ)	CHF		%	%	%

Der Arbeitgeber erklärt, dass er alle reglementarischen Bestimmungen der Kasse zur Kenntnis genommen hat. Er bestätigt, dass alle gemeldeten Arbeitnehmer mit Ausnahme der oben aufgeführten Fälle ab (einschliesslich) dem Datum des Inkrafttretens des Nachtrags bis (einschliesslich) dem Datum der Unterzeichnung uneingeschränkt arbeitsfähig sind und keine Rehabilitationsmassnahmen laufen.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arbeitgeber, dass er zur Unterschrift berechtigt ist und die Angaben auf der vorliegenden Nachtrag richtig und vollständig sind. Er verpflichtet sich die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen der ZKBV jederzeit einzuhalten, insbesondere diejenigen der BVV 2 und seiner Informationspflicht nach Artikel 11 des Vorsorgereglements. Die ZKBV behält sich im Falle einer Nichteinhaltung dieser Pflichten all ihre Rechte vor.

Der vorliegende Nachtrag annulliert alle früheren Vereinbarungen und Nachträge. Er wird für die Dauer von mindestens 5 Jahren abgeschlossen. Er erneuert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, sofern nicht 6 Monate vor Ablauf eines Kalenderjahres eine schriftliche Kündigung vorliegt. Artikel 5 in fine des Reglements bleibt vorbehalten.

Ort und Datum: _____

Stempel und gültige Unterschrift(en):
(zusätzlich 2. Unterschrift, wenn im HR eingetragen)

Beispielzahlen, Werte ab dem 1. Januar 2021

Porrentruy – Ch. de la Perche 2
T 032 465 15 80

Rue de Saint-Jean 67 – Postfach – 1211 Genf 3
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch

1

5

6

7

8

Der Nachtrag tritt ab Datum der gewünschten Änderungen in Kraft.

2

3

4

Der Arbeitgeber kann die Leistungen im Todesfall verbessern, indem er ein zusätzliches Todesfallkapital in der Höhe von 1x, 2x, 3x oder 4x des versicherten Jahreslohnes wählt.