

Ref.: \_\_\_\_\_

Herzlich Willkommen,

Diese Informationsseite hilft Ihnen beim ausfüllen des 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+)	<b>1</b> Begrenzt auf Maximallohn nach BVG	<b>2</b> Zwischenvariante in CHF	<b>3</b> Begrenzt auf Maximal- lohn nach Plan		
					Media 1 % bis 5 % Supra 1 % bis 5 % Maxima 1 % bis 10 % Optima 1 % bis 10 %	

### **A** DER ARBEITGEBER WÜNSCHT EINEN EINHEITLICHEN PLAN FÜR ALLE VOM BEITRITT BETROFFENEN ARBEITNEHMER

<b>Alle Arbeitnehmer bei der ZKBV versichert</b>	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
--	-------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---	--

### **B** DER ARBEITGEBER WÜNSCHT VERSCHIEDENE PERSONALKATEGORIEN EINZURICHTEN

Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> 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

Der Beitritt 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 BVV2 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 BEITRITTS:** \_\_\_\_\_

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 BEITRITT BETROFFENEN ARBEITNEHMER

<b>Alle Arbeitnehmer bei der ZKBV versichert</b>	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
--	-------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---	--

### B DER ARBEITGEBER WÜNSCHT VERSCHIEDENE PERSONALKATEGORIEN EINZURICHTEN

Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> Nein
Kat: _____	Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ___% <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ___ x <input type="checkbox"/> 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

Der Beitritt 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 BVV2 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 BEITRITTS: \_\_\_\_\_

**NAME ODER FIRMENNAME:** \_\_\_\_\_

**LISTE DER ZU VERSICHERNDEN ARBEITNEHMER**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Ge- schlecht	AVH Nr.	Beitrittsdatum	AHV-Jahreslohn	Kategorie <small>(nur angeben, wenn es mehrere gibt)</small>	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. In Einvernahme mit seinen Arbeitnehmern beantragt er den Anschluss an die ZKBV gemäss Artikel 4 des Kassenreglements sowie deren Annahmebedingungen. Er bestätigt, dass alle gemeldeten Arbeitnehmer mit Ausnahme der oben aufgeführten Fälle ab (einschliesslich) dem Datum des Inkrafttretens des Beitritts bis (einschliesslich) dem Datum der Unterzeichnung uneingeschränkt arbeitsfähig sind und keine Rehabilitationsmassnahmen laufen.

Die vorliegende Beitrittsvereinbarung wird für die Dauer von mindestens 5 Jahren abgeschlossen. Es 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.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arbeitgeber, dass er zur Unterschrift berechtigt ist und die Angaben im vorliegenden Beitrittsgesuch richtig und vollständig sind. Er verpflichtet sich die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen der ZKBV jederzeit einzuhalten, insbesondere diejenigen der BVV2 und seiner Informationspflicht nach Artikel 11 des Vorsorgereglements. Die ZKBV behält sich im Falle einer Nichteinhaltung dieser Pflichten all ihre Rechte vor.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

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

**Agenturen**  
Bulle – Rue Condémine 56  
T 026 919 87 40

Freiburg – Rue de l'Hôpital 15  
T 026 350 33 79

Neuenburg – Av. du 1<sup>er</sup> Mars 18  
T 032 727 37 00

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

**Verwaltungssitz der Kasse**  
Rue de Saint-Jean 67 – CP 5278 – 1211 Genf 11  
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch

# Wie füllt man das Beitrittsgesuch aus?

Beispielzahlen, Werte ab dem 1. Januar 2019

## Beitrittsvereinbarung

CIEPP  
Caisse Inter-Entreprises  
de Prévoyance Professionnelle  
ZKVP - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Versorger  
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 Minima Media Supra Maxima Optima Media (mit Option Risiko+) Maxima (mit Option Risiko+) Optima (mit Option Risiko+)	Obergrenzen (nur eine Angabe möglich)			Zusätzliche Sparrate Media 1% bis 5% Supra 1% bis 5% Maxima 1% bis 10% Optima 1% bis 10%	Zusätzliches Kapital im Todesfall (1 bis 4x des versicherten Jahreslohnes)
		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 BEITRITTSBETROFFENEN ARBEITNEHMER						
Alle Arbeitnehmer bei der ZKVP versichert	Plan: _____	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> Nein
B DER ARBEITGEBER WÜNSCHT VERSCHIEDENE PERSONALKATEGORIEN EINZURICHTEN						
Kat.:	Plan: _____	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> Nein
Kat.:	Plan: _____	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> Nein
Kat.:	Plan: _____	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> Nein
Kat.:	Plan: _____	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> Nein
Kat.:	Plan: _____	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> 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

Der Beitritt 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 BVV2 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 BEITRITTS: \_\_\_\_\_

Seite 1 von 2

1

Es können Personalkategorien geschaffen werden. Sie ermöglichen, für jede von ihnen Vorsorgepläne zu definieren, die auf die Bedürfnisse der Versicherten dieser Kategorien abgestimmt sind. Die Kategorien müssen anhand objektiver Kriterien definiert werden, beispielsweise Hierarchie, Funktion, Alter, Betriebszugehörigkeit oder Lohnniveau.

### A. Nur ein Plan

A ankreuzen, wenn alle im Rahmen der Beitrittsvereinbarung abgedeckten Arbeitnehmer zu denselben Bedingungen versichert werden.

### B. Mehrere Pläne

B ankreuzen, wenn mehrere Personalkategorien geschaffen werden. Diese müssen genannt werden, und es muss ihnen der gewünschte Plan zugeordnet werden.

2

Der Arbeitgeber kann den Vorsorgeplan begrenzen:

1. Minimum: gemäss BVG-Obergrenze in CHF 85'320.-
2. Mittelwert: Festlegen einer Obergrenze in CHF zwischen der BVG-Obergrenze und der Obergrenze des Plans.
3. Maximum: gemäss Obergrenze für jeden Plan, d. h. CHF 300'000.- für die Pläne Media und Supra, und CHF 853'200.- für die Pläne Maxima und Optima.

Gewünschte Kästchen ankreuzen.

3

Der Arbeitgeber kann den Sparprozess durch Angabe des gewünschten Ansatzes verbessern:

- Zwischen 1 und 5 % zusätzlich für die Pläne Media und Supra.
- Zwischen 1 und 10 % zusätzlich für die Pläne Maxima und Optima.

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.

5

Diese Massnahme ermöglicht den Teilzeitmitarbeitenden den Vorsorgebedarf besser abzudecken. Falls Sie diese Variante wünschen, das Kästchen „Ja“ ankreuzen und die gewünschte(n) Verbesserung(en) wählen.

Mit dieser Variante kann der Koordinationsabzug (CHF 24'885.00.-) nach dem Beschäftigungsgrad reduziert und/oder mit 25 %, 50 % oder 75 % gewählt werden oder im Plan Media auf dem Jahreslohn für die Risiken weggelassen (0 %) werden.

Beispiel: Lohn von CHF 60'000.- abzüglich 75 % Koordinationsabzug

CHF 24'885.- x 75 % = CHF 18'663.75

Versicherter Lohn = CHF 60'000.00.- – CHF 18'663.75 = CHF 41'336.25 (anstelle von CHF 35'115.- ohne diese Massnahme)

6

Der Arbeitgeber kann die BVG-Beiträge über seine gesetzliche Verpflichtung hinaus finanzieren, in dem er den Prozentsatz angibt.

7

Aus unterschiedlichen Gründen (GAV, Unternehmensübernahme usw.) kann das Personal oder eine seiner Kategorien bereits einer anderen Einrichtung angeschlossen sein. Diese Information muss uns zwingend mitgeteilt werden.

8

Beginn der Mitgliedschaft ist wie der Arbeitsbeginn des 1. Angestellten, welcher dem BVG unterstellt ist.

## Agenturen

Bulle – Rue Condémine 56  
T 026 919 87 40

Freiburg – Rue de l'Hôpital 15  
T 026 350 33 79

Neuenburg – Av. du 1<sup>er</sup> Mars 18  
T 032 727 37 00

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

## Verwaltungssitz der Kasse

Rue de Saint-Jean 67 – CP 5278 – 1211 Genf 11  
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch