

Beitrittsvereinbarung für Selbständigerwerbende



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

Ref.: _____

Mitglied Nr.: _____ Name, Vorname: _____

AHV Nr.: 756. _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

Postadresse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

VORSORGEPLAN UND VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN - WÄHLEN SIE DEN PLAN

Bestehende Pläne	Obergrenze (nur eine Angabe möglich)			Verwaltung des Koordinations- abzugs in Stufen 25 %, 50 %, 75 %	Zusätzliche Sparrate Media und Supra von 1 % bis 5 % Maxima und Optima von 1 % bis 10 %	Zusätzliches Kapital im Todesfall (1 bis 4 x des versicherten Jahreseinkommens)
	1 Begrenzt auf Maximal- einkommen nach BVG	2 Zwischenvariante in CHF	3 Begrenzt auf Maximal- einkommen nach Plan			
<input type="checkbox"/> Minima	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja: ____ % <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja: ____ x <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Media (mit Option Risiko+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ____ % <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 0% nur auf dem versicherten Einkommen für die Risiken	<input type="checkbox"/> Ja: ____ % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ____ x <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Supra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja: ____ % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ____ % <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: ____ x <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Maxima <input type="checkbox"/> Maxima (mit Option Risiko+)	<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
<input type="checkbox"/> Optima <input type="checkbox"/> Optima (mit Option Risiko+)	<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

MASSGEBENDES JAHRESEINKOMMEN: CHF _____

Die Höhe des gemeldeten Jahreseinkommens entspricht der von der ZKBV genehmigten Höchstgrenze des Plans. Zur Erinnerung, diese muss im Rahmen der vertraglichen Höchstgrenze Ihres Vorsorgeplans festgelegt werden. Sollte sie im Laufe des Jahres oder rückwirkend angepasst werden, muss die ZKBV der Änderung zustimmen.

Zahlungsmodus: Monatlich Vierteljährlich

DATUM DES BEGINNS DES BEITRITTS: _____

Falls bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen, bestätigt die betroffene Person hiermit, dass der Grundsatz der Angemessenheit nach Artikel 1a BVV 2 für die gesamte berufliche Vorsorge gegeben ist, welche ebenfalls bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung versichert ist. Bei nicht einhalten dieses Prinzips trägt sie die Konsequenzen.

In Anwendung von Artikel 7 des Reglements und der Annahmebedingungen der ZKBV erklärt die oben genannte Person, dass sie Mitglied eines der Gründerverbände ist und alle reglementarischen Bestimmungen der Kasse zur Kenntnis genommen hat und den Beitritt zur ZKBV beantragt. Sie bestätigt, dass sie ab (einschliesslich) dem Datum des Inkrafttretens der Vereinbarung bis (einschliesslich) dem Datum der Unterzeichnung in vollem Umfang arbeitsfähig ist.

Durch ihre Unterschrift bestätigt sie, dass die in der vorliegenden Beitrittsvereinbarung gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Sie 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.

Die vorliegende Beitrittsvereinbarung wird für die Dauer von mindestens 5 Jahren abgeschlossen. Sie 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: _____

Unterschrift: _____

Agenturen
Bulle
Freiburg
Neuenburg
Porrentruy
Rue Condémine 56
Rue de l'Hôpital 15
Av. du 1^{er}-Mars 18
Ch. de la Perche 2
T 026 919 87 40
T 026 350 33 79
T 032 727 37 00
T 032 465 15 80

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