

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 | | |
| | | | | | 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 NACHTRAG BETROFFENEN ARBEITNEHMER

| | | | | | | |
|--|-------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|--|
| Alle Arbeitnehmer bei der ZKBV versichert | 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 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: _____ | <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 NACHTRAGS: _____

NAME ODER FIR MENNAME: _____

| 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. 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 BVV2 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)

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^{er} 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 den Nachtrag zur Beitrittsvereinbarung aus?

Beispielzahlen, Werte ab dem 1. Januar 2019

Nachtrag zur Beitrittsvereinbarung

CIEPP
Caisse Inter-Entreprises
de Prévoyance Professionnelle
ZKVB - 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+) | Obergrenze (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 NACHTRAG BETROFFENEN ARBEITNEHMER | | | | | | |
| Alle Arbeitnehmer bei der ZKVB versichert Plan: _____ | | | | | | |
| 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 NACHTRAGS: _____

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.-) 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.- - 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

Der Nachtrag tritt ab Datum der gewünschten Änderungen zu Ihrer Beitrittsvereinbarung in Kraft.

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

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^{er} Mars 18
T 032 727 37 00

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