Beitrittsvereinbarung
für Selbständigerwerbende (ab 59/60 Jahre)

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: _____

Die ZKBV – Zwischenbetriebliche Kasse für berufliche Vorsorge – nimmt zur Kenntnis, dass in Anwendung von Artikel 24, Absatz 1, Buchstabe b des Reglements die Altersleistung ausschliesslich in Kapitalform ausbezahlt wird, was gemäss dieser Bestimmung unwiderruflich ist. Die Bestimmungen bezüglich der in den drei Jahren vor dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters einbezahlten Einkaufsbeiträge bleiben vorbehalten.

VORSORGEPLAN UND VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN - WÄHLEN SIE DEN PLAN

Bestehende Pläne	**Obergrenze** (nur eine Angabe möglich)			**Verwaltung des Koordinationsabzugs 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 Maximaleinkommen nach BVG	**2** Zwischenvariante in CHF	**3** Begrenzt auf Maximaleinkommen nach Plan			
☐ Minima	☐			☐ Ja: ____ % ☐ Nein		☐ Ja: _____ x ☐ Nein
☐ Media ☐ Media (mit Option Risiko+)	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein ☐ 0% nur auf dem versicherten Einkommen für die Risiken	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: _____ x ☐ Nein
☐ Supra	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: _____ x ☐ Nein
☐ Maxima ☐ Maxima (mit Option Risiko+)	☐	☐ CHF _____	☐		☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: _____ x ☐ Nein
☐ Optima ☐ Optima (mit Option Risiko+)	☐	☐ CHF _____	☐		☐ Ja: ____ % ☐ Nein	☐ Ja: _____ x ☐ 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 einen 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	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
Freiburg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 350 33 79
Neuenburg	Av. du 1er-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 – Postfach – 1211 Genf 3
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch