

Eintrittsmeldung

Dieses Formular ist durch den Arbeitgeber auszufüllen.

Obligatorisch zu versichern sind alle ArbeitnehmerInnen, die am 1. Januar des laufenden Jahres das 17. Altersjahr vollendet haben, ausser wenn

- deren brutto AHV-Jahreslohn die Eintrittsschwelle gemäss Vorsorgeplan oder gemäss BVG (01.01.2023: CHF 22 050) nicht übersteigt
- ein Arbeitsvertrag auf drei Monate oder kürzer befristet ist
- die Person bereits anderweitig für eine hauptberufliche Erwerbstätigkeit obligatorisch versichert ist oder im Hauptberuf selbständig erwerbend ist
- die Person mindestens zu 2/3 invalid ist.

Vorname	Name
Strasse	PLZ/Ort
E-mail	
AHV-Nummer (13-stellig)	Geburtsdatum
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
AHV-Jahreslohn*	Beschäftigungsgrad**
Eintrittsdatum***	verheiratet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die zu versichernde Person (Mit-)InhaberIn, GesellschafterIn, AktionärIn des Betriebs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(Falls ja, ist eine Gesundheitserklärung auszufüllen.)

* Bruttolohn für ein **volles** Jahr (inklusive allfälligen 13. Monatslohn) angeben!

** In Prozenten angeben

*** Aus technischen Gründen wird das Datum des Eintritts auf den Ersten des Monats gelegt (bei effektivem Eintritt bis und mit 15. des entsprechenden Monats) oder auf den Ersten des Folgemonats (bei effektivem Eintritt ab dem 16. des entsprechenden Monats). Sie müssen uns jedoch das effektive Datum melden, da dies rechtlich relevant ist.

Erklärung des angeschlossenen Betriebs

Wir bestätigen, dass die zu versichernde Person voll arbeitsfähig ist. ****

**** Bitte klären Sie bei allen neu zu versichernden Teilzeit-Angestellten, ob er/sie zu 100% arbeitsfähig ist. Falls jemand nicht voll arbeitsfähig ist, oder bereits eine Teilrente (IV, MV, Unfallversicherung) bezieht, verlangen Sie bitte bei uns zusätzlich eine Gesundheitserklärung für die zu versichernde Person.

Anschlussvertrag-Nr.

Ort, Datum

Firmenstempel und Unterschrift

Deklaration Freizügigkeitsleistung

Dieses Formular ist von der versicherten Person auszufüllen und an die Nest Sammelstiftung zu senden.

Vorname _____

Name _____

AHV-Nummer (13-stellig) _____

Aktuelle(r) ArbeitgeberIn bei Nest

Das Freizügigkeitsgesetz schreibt bei einem Stellenwechsel die Übertragung der Freizügigkeitsleistungen von der ehemaligen auf die neue Pensionskasse vor. Auch Vorsorgegelder, die auf einer Freizügigkeitspolice oder auf einem Freizügigkeitskonto bestehen, müssen in die neue Pensionskasse eingebracht werden.

- Nein**, ich habe keine Freizügigkeitsleistung an Nest zu überweisen
- Ja**, ich habe bei folgender Vorsorgeeinrichtung ein Freizügigkeitsguthaben (Bitte Überweisung an Nest veranlassen, siehe Seite 3)

Pensionskasse (Name, Adresse) _____

Freizügigkeitskonto bei (Name und Adresse der Versicherung/Bank) _____

Betrag der Freizügigkeitsleistungen (sofern bekannt) _____ CHF

- Ich bin bei einem/einer **zweiten Arbeitgeber:in** versichert und meine Freizügigkeitsleistung wird deshalb nicht an Nest überwiesen.

Eingebrachte Freizügigkeitsleistungen verbessern Ihre Vorsorge. Nicht an uns überwiesene Freizügigkeitsleistungen können nach Eintreten eines Vorsorgefalls nicht mehr zur Leistungserhöhung beigezogen werden.

Ich bestätige hiermit, dass ich sämtliche Freizügigkeitsleistungen aufgeführt habe, die nach Art. 3 Abs. 1 Freizügigkeitsgesetz und Art. 12 Freizügigkeitsverordnung auf Nest übertragen werden müssen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Information zum Einkauf

Versicherte mit Lücken in der Altersvorsorge können sich bei Nest jederzeit steuerlich begünstigt einkaufen und damit ihr Altersguthaben erhöhen. Einzelheiten dazu finden Sie im Merkblatt «Einkauf» unter nest-info.ch

Zahlungsauftrag für die ehemalige Vorsorgeeinrichtung

Dieses Formular ist von der versicherten Person auszufüllen und an die vorgängige Vorsorgeeinrichtung oder an die Bank/Versicherung zu senden, bei der sich das Freizügigkeitsguthaben befindet.

Sind Sie neu bei Nest versichert und haben eine Freizügigkeitsleistung deklariert, dann geben Sie bitte nachfolgend Ihre persönlichen Daten an.

Bestehen mehrere Freizügigkeitsguthaben (Freizügigkeitskonti bei Banken/Versicherungen) ist auch diesen Stellen ein Formular zuzustellen.

Vorname

Name

AHV-Nummer (13-stellig)

Geburtsdatum

Privatadresse

PLZ/Ort

Ehemalige Arbeitgeberin / ehemaliger Arbeitgeber

Adresse

PLZ/Ort

Unterschrift der versicherten Person

Bitte überweisen Sie mein Freizügigkeitsguthaben mit den gesetzlich vorgegebenen Angaben an:

Nest Sammelstiftung

Molkenstrasse 21

8004 Zürich

Zürcher Kantonalbank, 8010 Zürich

Clearing 700

IBAN CH73 0070 0110 0024 8249 7