

## 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 AHV-Bruttolohn die Eintrittsschwelle (1.1.2015: CHF 21 150) 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 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

AHV-Nummer (13-stellig) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

weiblich

männlich

AHV-Jahreslohn\* \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad\*\* \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum\*\*\* \_\_\_\_\_

verheiratet

ja

nein

Ist die zu versichernde Person

(Mit-)InhaberIn, GesellschafterIn, AktionärIn des Betriebs

ja

nein

(Falls ja, ist eine Gesundheitserklärung auszufüllen.)

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

\*\* In Prozenten angeben (nur wenn Höherversicherung bei Teilzeit vereinbart ist)

\*\*\* 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 Letzten des Monats (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 einen Gesundheitsfragebogen für die zu versichernde Person.

Anschlussvertrag-Nr. \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Firmenstempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

## Deklaration Freizügigkeitsleistung

**Dieses Formular ist von der versicherten Person auszufüllen und mit der Eintrittsmeldung Seite 1 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 von nachfolgender 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 ArbeitgeberIn** 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 Artikel 3 Absatz 1 Freizügigkeitsgesetz und Artikel 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. Für Einzelheiten verlangen Sie das Merkblatt «Einkauf» bei Ihrem/Ihrer ArbeitgeberIn.

## 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** (Freizügigkeitskonten 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