

Sicherheitsfonds BVG
Geschäftsstelle
Postfach 1023
3000 Bern 14
Telefon 031 380 79 71
Telefax 031 380 79 76

Fonds de garantie LPP
Organe de direction
Case postale 1023
3000 Berne 14
Téléphone 031 380 79 71
Téléfax 031 380 79 76

Fondo di garanzia LPP
Ufficio di direzione
Casella postale 1023
3000 Berna 14
Telefono 031 380 79 71
Telefax 031 380 79 76

Belegnummer

Bemessungsjahr

Melde-/Abrechnungsbogen für Zuschüsse bei Arbeitgebern mit mehreren Vorsorgeeinrichtungen

Arbeitgeber/Firma	Vorsorgeeinrichtung 1	Vorsorgeeinrichtung 2	Vorsorgeeinrichtung 3
	Reg.-Nr.*	Reg.-Nr.*	Reg.-Nr.*
	AG-Nr.*	AG-Nr.*	AG-Nr.*
	*Register- und Arbeitgeber-Nummer gemäss dem von der jeweiligen Vorsorgeeinrichtung erhaltenen Formular SF 3		

Bemerkungen

Gemäss Art. 58, Abs. 3, BVG muss die Altersstruktur des gesamten Personals für die Zuschussberechtigung zusammen berechnet werden. Die Zusammenrechnung erfolgt durch den Arbeitgeber, der von den Vorsorgeeinrichtungen, bei denen er versichert ist, die notwendigen Angaben erhält. Dies betrifft die koordinierten Löhne und Altersgutschriften pro rata temporis. Die erhaltenen Totale aller Vorsorgeeinrichtungen sind nachstehend einzusetzen und daraus ist das Gesamttotal abzuleiten. Entsteht auch jetzt noch eine Zuschussberechtigung, ist das Formular zusammen mit den Meldungen der Vorsorgeeinrichtung dem Sicherheitsfonds BVG direkt einzureichen, der die Verteilung der Zuschüsse an die beteiligten Vorsorgeeinrichtungen selbst vornimmt.

Vorsorgeeinrichtung	Summe der für die Zuschussberechtigung massgebenden koordinierten Löhne pro rata temporis	Summe der für die Zuschussberechtigung massgebenden Altersgutschriften pro rata temporis	14% von Kolonne 1	Zuschuss = Kol. 2 ./ Kol. 3
	Kolonne 1	Kolonne 2	Kolonne 3	Kolonne 4
1				
2				
3				
Total				

(leer lassen)

Verteilung der Zuschüsse

Total aller Zuschüsse der einzelnen Vorsorgeeinrichtungen	% vom Total	Aufteilung des resultierenden Gesamtzuschusses auf die VE im Verhältnis der Kolonne 5
CHF		
Kolonne 5	Kolonne 6	Kolonne 7

Für Rückfragen: Sachbearbeiter/in: _____
Telefon-Nr.: _____

Ort/Datum

Firmenstempel/Unterschrift

Beilage: Formulare SF 3 der verschiedenen Vorsorgeeinrichtungen