

Beschluss der Verzinsung

Die Vorsorgekommission der _____

Pensionskasse Zusatz- bzw. Kaderkasse

hat beschlossen, für das Jahr _____ die folgende Verzinsung anzuwenden:

Zinssatz für das gesamte Sparkapital _____ %

Wir bestätigen, dass wir über die mit unseren Entscheidungen im Zusammenhang stehenden Risiken und die daraus resultierenden möglichen Folgen informiert sind. Zudem sind wir auf den notwendigen Reservebedarf gemäss «Reglement Beteiligung und Sanierung» hingewiesen worden. Wir nehmen zur Kenntnis, dass bis zur vollständigen Äufnung der Wertschwankungsreserven Maximalwerte für die Verzinsung gelten. Die Mindestvorschriften gemäss BVG werden eingehalten.

Falls der effektive Deckungsgrad vom geschätzten Deckungsgrad abweicht, wird die Verzinsung nicht mehr angepasst.

Festlegung der Verzinsung

Die Vorsorgekommission legt die Verzinsung in Abhängigkeit des geschätzten Deckungsgrades und unter Beachtung der unten aufgeführten Tabelle für den Anlagepool fest. Die Mitteilung des Zinssatzes muss bis spätestens 20. Januar mittels vorliegenden Formulars zuhanden der Geschäftsstelle erfolgen. Legt die Vorsorgekommission keinen Zinssatz fest bzw. erfolgt keine Meldung bis spätestens 20. Januar, erfolgt die Verzinsung gemäss dem für den Anlagepool und Deckungsgrad geltenden Zinssatz.

Verzinsung der Arbeitgeberbeitragsreserven (sofern vorhanden)

Analog Sparkapital-Verzinsung _____ % Verzinsung Keine Verzinsung
(bitte gewünschte Variante ankreuzen)

Der Zinssatz für die Verzinsung der AGBR darf nicht höher sein als die Verzinsung der Sparguthaben und nicht höher als die erzielte Rendite.

Arbeitnehmervertreter

_____ Name	_____ Vorname	_____ E-Mail	_____ Originalunterschrift
_____ Name	_____ Vorname	_____ E-Mail	_____ Originalunterschrift
_____ Name	_____ Vorname	_____ E-Mail	_____ Originalunterschrift
_____ Name	_____ Vorname	_____ E-Mail	_____ Originalunterschrift

Arbeitgebervertreter

_____ Name	_____ Vorname	_____ E-Mail	_____ Originalunterschrift
_____ Name	_____ Vorname	_____ E-Mail	_____ Originalunterschrift
_____ Name	_____ Vorname	_____ E-Mail	_____ Originalunterschrift
_____ Name	_____ Vorname	_____ E-Mail	_____ Originalunterschrift

Ort, Datum

Swisscanto Flex Sammelstiftung der Kantonalbanken, Geschäftsstelle, Postfach, 8152 Glattbrugg