

VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende

Leistungsreglement

Gültig ab 01.01.2005

Inhaltsverzeichnis

Begriffe	4
1. Allgemeine Bestimmungen	5
1.1 Name	5
1.2 Zweck	5
1.3 Sicherung der Personalvorsorge	5
2. Verwaltung der Personalvorsorge	5
2.1 Stiftungsrat	5
2.2 Stiftungsratsausschüsse	6
2.3 Verwaltungsreglement	6
2.4 Rechnungswesen	6
2.5 Kontrollstelle	6
2.6 Experte für die berufliche Vorsorge	6
3. Versicherter Personenkreis	7
3.1 Beitritt zur Stiftung	7
3.2 Anschluss an die Stiftung	7
3.3 Gesundheitserklärung	7
3.4 Beginn und Ende der Versicherung	8
3.4.1 Aufnahme und Beendigung	8
3.4.2 Externe Versicherte	8
3.5 Ausnahmen von der obligatorischen Versicherungspflicht	9
4. Leistungen	9
4.1. Altersleistungen	9
4.1.1 Rücktrittsalter	9
4.1.2 Altersrente	9
4.1.3 Altersgutschriften	10
4.1.4 Alterskinderrenten	10
4.2 Invalidenrente	11
4.3 Invalidenkinderrenten	11
4.4 Prämienbefreiung	12
4.4.1 Anspruchsberechtigung	12
4.4.2 Beginn der Prämienbefreiung	12
4.5 Hinterbliebenenleistungen	12
4.5.1 Gleichstellung der eheähnlichen Lebensgemeinschaft	12
4.5.2 Ehegattenrenten	13
4.5.2.1 Anspruch auf eine Ehegattenrente	13
4.5.2.2 Betrag der Ehegattenrente	13
4.5.2.3 Geschiedene Ehegatten	14
4.5.2.4 Halb-/Vollwaisenrenten	14
4.5.3 Todesfallkapital	15

5.	Gemeinsame Bestimmungen für die Leistungen	15
5.1	Frühere Vorsorgeeinrichtung	15
5.2	Form der Leistung	16
5.3	Auszahlung der Versicherungsleistungen und Geltendmachung des Anspruches	16
5.4	Zusammenfallen von Leistungen bei Invalidität und Tod	17
5.5	Anpassung der Renten an die Preisentwicklung	18
5.6	Abtretung, Verpfändung und Verrechnung	18
5.7	Verfall von Leistungen	18
6.	Wohneigentumsförderung	19
7.	Ehescheidung	19
8.	Finanzierung	19
8.1	Versicherter Lohn	19
8.1.1	Versicherter Lohn bei Teilinvalidität	19
8.2	Beiträge	20
8.3	Freizügigkeitsleistungen	20
8.3.1	Eintrittsleistung	20
8.4	Einkäufe	21
9.	Austritt aus der Personalvorsorge	21
9.1	Voraussetzungen	21
9.2	Freizügigkeitsleistungen	21
9.3	Verwendung der Freizügigkeitsleistung	21
9.4	Rückforderung der Freizügigkeitsleistung	22
10.	Besondere Bestimmungen	22
10.1	Nachdeckung / Nachhaftung	22
10.2	Informations- und Meldepflicht	23
10.3	Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen	23
11.	Teilliquidation / Bildung von Rückstellungen / Sanierungsbeitrag	23
11.1	Teilliquidation	23
11.2	Bildung von Rückstellungen	25
11.3	Sanierungsbeitrag	25
12.	Schlussbestimmungen	25
12.1	Erfüllungsort und Gerichtsstand	25
12.2	Inkrafttreten	26

Begriffe

Stiftung	VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende
AHVG	Bundesgesetz über die Eidgenössische Alters- und Hinterlassenenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
FZG	Bundesgesetz über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
WEFV	Verordnung über die Wohneigentumsförderung aus Mitteln der beruflichen Vorsorge
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung

1. Allgemeine Bestimmungen

1.1 Name

VSAO – ASMAC Stiftung für Selbständigerwerbende
VSAO – ASMAC Fondation pour indépendants
VSAO – ASMAC Fondazione per independenti

1.2 Zweck

Zweck dieser Personalvorsorge ist es, die versicherten Personen und deren Hinterlassene gemäss den nachstehenden Reglementsbestimmungen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Tod und Invalidität zu schützen und die Leistungen der AHV/IV zu ergänzen.

Die Stiftung verpflichtet sich, die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen in jedem Fall zu erbringen.

Sie ist im Register für die berufliche Vorsorge des Kantons Bern eingetragen.

1.3 Sicherung der Personalvorsorge

Der Stiftungsrat kann zur Sicherung des Leistungszweckes die entsprechenden Verfügungen treffen.

2. Verwaltung der Personalvorsorge

2.1 Stiftungsrat

Die Verwaltung der Personalvorsorge, der Vollzug dieses Reglementes, die Information der versicherten Personen sowie die Erteilung von Auskünften auf Anfrage einer versicherten Person obliegen dem Stiftungsrat. Er erlässt hierfür ein Verwaltungsreglement.

Der Stiftungsrat setzt sich aus mindestens acht Mitgliedern paritätisch zusammen. Die Arbeitgebervertreter werden durch das von den Verbandsstatuten vorgesehene Organ gewählt. Die Arbeitnehmervertreter werden durch die Organisationen der Arbeitnehmer gewählt.

2.2 Stiftungsratsausschüsse

Der Stiftungsrat kann für die Behandlung bestimmter Aufgaben entsprechende Ausschüsse bilden.

2.3 Verwaltungsreglement

Der Stiftungsrat erlässt ein Verwaltungsreglement, das Aufgaben und Befugnisse des Stiftungsrates und der Stiftungsratsausschüsse, die Vertretung nach aussen, die Stellung des Geschäftsführers oder von Dritten näher umschreibt.

2.4 Rechnungswesen

Die Stiftung führt ein ihrer Grösse und Struktur angepasstes, ordnungsgemässes Rechnungswesen. Das Rechnungsjahr ist das Kalenderjahr.

2.5 Kontrollstelle

Der Stiftungsrat bestimmt eine zur Revision zugelassene Kontrollstelle. Diese prüft jährlich die Geschäftsführung, das Rechnungswesen und die Vermögensanlage der Stiftung.

2.6 Experte für die berufliche Vorsorge

Der Stiftungsrat wählt einen anerkannten Experten für die berufliche Vorsorge. Dieser erstattet dem Stiftungsrat und der Aufsichtsbehörde in der Regel jährlich Bericht, ob

- a) die Vorsorgeeinrichtung jederzeit Sicherheit dafür bietet, dass sie ihre Verpflichtungen erfüllen kann;
- b) die reglementarischen versicherungstechnischen Bestimmungen über die Leistungen und die Finanzierung den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

3. Versicherter Personenkreis

3.1 Beitritt zur Stiftung

Der Stiftung können sich anschliessen:

- a) Selbständigerwerbende Medizinalpersonen mit Personal
- b) Selbständigerwerbende Ärzte ohne Personal
- c) Personal von Medizinalpersonen in freier Praxis
- d) Standeseigene Organisationen der Ärzteschaft sowie VSAO-Organisationen und andere medizinische Leistungserbringer gemäss KVG, sofern die Genehmigung des Stiftungsrates vorliegt

Mit Ausnahme von Ziff. c und Ziff. d müssen die Personen Mitglied des VSAO sein.

3.2 Anschluss an die Stiftung

Der Arbeitgeber schliesst mit der Stiftung eine Anschlussvereinbarung ab.

Die Anschlussvereinbarung umschreibt das rechtliche Verhältnis und bezeichnet den anzuwendenden Vorsorgeplan (Anhang 1).

Für selbständigerwerbende Ärzte ohne Personal bestehen bestimmte Vorsorgepläne (Anhang 1).

Fehlen im Vorsorgeplan ausdrückliche Bestimmungen, so sind das gültige Reglement, subsidiär die gesetzlichen Bestimmungen anwendbar.

3.3 Gesundheitserklärung

1. Für die Risiken Invalidität und Tod kann die Stiftung beim Beitritt, bei Lohnerhöhung, bei Planänderung und beim Einkauf von Leistungen im Sinne von Artikel 8.4 Vorbehalte aus gesundheitlichen Gründen anbringen. Die Stiftung kann von einem Versicherten verlangen, dass er sich zu diesem Zweck auf Kosten der Stiftung ärztlich untersuchen lässt. Die Stiftung kann sich ebenfalls auf Vorbehalte des Rückversicherers stützen.
2. Bei Unselbständigerwerbenden haben solche Vorbehalte im Bereich der BVG-Mindestleistungen keine Gültigkeit. Die Dauer dieser Vorbehalte darf fünf Jahre nicht übersteigen. Bei Selbständigerwerbenden, die mindestens sechs Monate obligatorisch versichert waren und sich innert Jahresfrist freiwillig versichern, ist auf den BVG-Mindestleistungen kein Vorbehalt zulässig; ansonsten ist dieser Vorbehalt während höchstens 3 Jahren gültig. Im Bereich der überobligatorischen Leistungen ist die Dauer des Vorbehalts nicht beschränkt.

3. Wird der Versicherte während der Gültigkeitsperiode des Vorbehaltes infolge einer Krankheit oder eines Unfalles im Zusammenhang mit diesem Vorbehalt invalid oder stirbt er, so werden die Invaliden- oder Todesfalleistungen der Stiftung lebenslänglich auf die Höhe der BVG-Mindestleistungen reduziert.
4. Der mit der eingebrachten Freizügigkeitsleistung erworbene Vorsorgeschutz darf nicht mit einem neuen gesundheitlichen Vorbehalt geschmälert werden. Die bei der früheren Vorsorgeeinrichtung abgelaufene Zeit des Vorbehalts ist auf die neue Vorbehaltsdauer anzurechnen.

3.4 Beginn und Ende der Versicherung

3.4.1 Aufnahme und Beendigung

Die Aufnahme in die Stiftung erfolgt mit dem Arbeitsantritt, jedoch frühestens

- für die Risiken Tod und Invalidität auf den 1. Januar nach Vollendung des 17. Altersjahres;
- für die Altersvorsorge auf den 1. Januar nach Vollendung des 24. Altersjahres;

sofern der AHV-pflichtige Jahreslohn mindestens $\frac{3}{4}$ der jeweils gültigen maximalen AHV-Altersrente entspricht.

Die Mitgliedschaft bei der Stiftung endet, wenn das Arbeitsverhältnis aus einem anderen Grund als Invalidität oder Pensionierung zu Ende geht oder der AHV-pflichtige Jahreslohn kleiner als $\frac{3}{4}$ der jeweils gültigen maximalen AHV-Altersrente ist.

Die Risiken Tod und Invalidität bleiben während eines Monats nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses versichert, falls nicht vorher ein neues Vorsorgeverhältnis eingegangen wird.

3.4.2 Externe Versicherte

Versicherte, die infolge von unbezahlttem Urlaub, Schwangerschaft oder aus ähnlichen Gründen vorübergehend keinen versicherten Lohn im Sinne von Art. 3.4.1 beziehen und mindestens 6 Monate versichert waren, können der Stiftung auf Verlangen und während höchstens 24 Monaten, längstens jedoch bis zum Eintritt in eine andere Vorsorgeeinrichtung, als externe Versicherte angeschlossen bleiben. Das entsprechende Gesuch muss spätestens 30 Tage nach Beendigung der Lohnzahlung bei der Stiftung eingereicht werden.

Externe Versicherte sind für die Risiken Tod und Invalidität, sowie auf Verlangen auch für die Altersvorsorge versichert. Bei Arbeitnehmern wird das Unfallrisiko eingeschlossen. Sie schulden der Stiftung die damit verbundenen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge. Vorbehalten bleibt eine freiwillige Beteiligung des Arbeitgebers. Grundlage für die Berechnung der Beiträge bildet der letzte, gemäss Vorsorgeplan, versicherte Jahreslohn.

3.5 Ausnahmen von der obligatorischen Versicherungspflicht

Folgende Arbeitnehmer sind der obligatorischen Versicherung nicht unterstellt:

- Personen, die das Rücktrittsalter gemäss AHVG bereits erreicht oder überschritten haben;
- Personen, die beim Arbeitsantritt im Sinne der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IVG) zu mindestens 70% invalid sind;
- Personen, die nebenberuflich tätig sind und bereits für eine hauptberufliche Erwerbstätigkeit obligatorisch versichert sind oder im Hauptberuf eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben;
- Personen, die für eine beschränkte Zeit von nicht mehr als 3 Monaten angestellt sind.

4. Leistungen

4.1. Altersleistungen

4.1.1 Rücktrittsalter

Das ordentliche Rücktrittsalter richtet sich nach dem ordentlichen Rentenalter der AHV. Es wird am Monatsersten erreicht, der auf die Vollendung des ordentlichen Rentenalters folgt.

Der Rentenanspruch beginnt im ordentlichen Rücktrittsalter und erlischt am Ende des Monats, in dessen Verlauf der Anspruchsberechtigte stirbt.

Wenn eine versicherte Person ihr Arbeitsverhältnis frühestens 5 Jahre vor dem ordentlichen Rücktrittsalter beendet, zahlt sie ab diesem Zeitpunkt keine Beiträge mehr und erhält eine vorzeitige Altersleistung.

Setzt eine versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit nach dem Erreichen des ordentlichen Rücktrittsalters fort, kann die Altersleistung um höchstens 5 Jahre aufgeschoben werden.

Während der Aufschubszeit entfallen sämtliche Risikoleistungen. Die Sparbeiträge bleiben weiter geschuldet.

4.1.2 Altersrente

Die jährliche Altersrente wird in Prozenten (Umwandlungssatz) des Altersguthaben berechnet, das die versicherte Person bei Erreichen des Rentenalters erworben hat. Im Falle eines Vorbezuges oder Aufschub der Altersrente wird der Umwandlungssatz entsprechend angepasst (gemäss Anhang 4).

4.1.3 Altersgutschriften

Die jährlichen Altersgutschriften sind in Prozenten des anrechenbaren Lohnes festgelegt und nach Altersgruppen abgestuft. Die Höhe der Altersgutschriften und Abstufungen der Altersgruppen richten sich nach dem Anhang 1 dieses Reglements.

Solange die versicherte Person eine Invalidenrente der Stiftung erhält, wird ihr Altersguthaben durch diejenigen jährlichen Altersgutschriften geäufnet, die sich ergeben würden, wenn sie nicht invalid wäre; massgebend ist dabei ihr letzter versicherter Lohn.

Das Altersguthaben besteht aus:

- a) den Altersgutschriften mit Zinsen für die Zeit, während der die versicherte Person bei der Stiftung versichert war;
- b) den Einmaleinlagen und Freizügigkeitsleistungen mit Zinsen, welche der versicherten Person gutgeschrieben worden waren.

4.1.4 Alterskinderrenten

Rentenberechtigt sind

- die Kinder aus einer von der versicherten Person geschlossenen Ehe;
- die Kinder, deren Kindsverhältnis zur versicherten Person durch Geburt oder Adoption entstand oder durch Heirat, Anerkennung oder richterliche Verfügung begründet wurde;
- Pflegekinder, welche die versicherte Person zur dauernden Pflege und Erziehung zu sich genommen hat und für deren Unterhalt sie ganz oder überwiegend aufkommt;
- angenommene Kinder, zu deren Unterhalt die versicherte Person bei Beginn des Anspruchs auf eine Altersrente verpflichtet ist;
- die von der versicherten Person ganz oder überwiegend unterstützten Stiefkinder.

Der Anspruch auf die Alterskinderrente entsteht mit der Zahlung der Altersrente der versicherten Person, frühestens jedoch nach Beendigung der Lohnzahlung an die versicherte Person. Der Anspruch erlischt am Ende des Monats, in dessen Verlauf das Kind das 18. Altersjahr vollendet.

Für Kinder, die ein Studium oder eine Berufslehre absolvieren oder die mindestens zu zwei Dritteln invalid sind, erlischt der Anspruch auf die Alterskinderrente mit dem Abschluss des Studiums, der Berufslehre oder mit der Erlangung der Erwerbsfähigkeit, spätestens jedoch am Ende des Monats, in dessen Verlauf sie das 25. Altersjahr vollenden.

Stirbt ein anspruchsberechtigtes Kind, so erlischt die Alterskinderrente am Ende des Sterbemonats.

Die jährliche Alterskinderrente beträgt für jedes anspruchsberechtigte Kind 20% der ausbezahlten Altersrente.

4.2 Invalidenrente

Anspruch auf eine Invalidenrente, haben Versicherte, die vor Erreichen des AHV-Alters zu mindestens 40 % gemäss IVG invalid sind, sofern sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität führte, in der Stiftung versichert waren. Bei Teilinvalidität besteht Anspruch auf eine Teilrente gemäss Invaliditätsgrad und Rentenskala der IV.

Die Wartefrist auf eine Invalidenrente beträgt 12 Monate. Die Wartefrist kann auf 24 Monate aufgeschoben werden, sofern der Versicherte anstelle des vollen Lohnes Taggelder der Krankenversicherung erhält, die mindestens 80% des entgangenen Lohnes betragen und vom Arbeitgeber mindestens zur Hälfte mitfinanziert wurde.

Für die Berechnung der Wartefrist werden Perioden der Erwerbsunfähigkeit aus gleicher Ursache zusammengezählt, sofern die Unterbrüche gesamthaft einen Drittel der Wartefrist übersteigen.

Wird eine bereits versicherte Person für teilweise invalid erklärt, so wird die Versicherung aufgeteilt in einen dem Invaliditätsgrad entsprechenden Teil, für den der anrechenbare Lohn konstant bleibt, und einen dem Grad der Erwerbsfähigkeit entsprechenden Teil. Für diesen Teil der Versicherung wird der anrechenbare Lohn nach den Bestimmungen dieses Artikels aufgrund des der Erwerbsfähigkeit entsprechenden Jahreslohnes festgesetzt.

Bei einer Änderung des Invaliditätsgrades wird die Versicherung neu aufgeteilt. Eine Abnahme des Invaliditätsgrades bleibt jedoch für die Aufteilung der Versicherung unberücksichtigt, wenn der Invaliditätsgrad innerhalb der folgenden 12 Monate wieder zunimmt.

Der Anspruch auf eine Invalidenrente erlischt mit dem Tod der versicherten Person oder mit dem Wegfall der Invalidität. Im ordentlichen Rücktrittsalter wird die Invalidenrente durch die Altersrente ersetzt.

Die Höhe der jährlichen Invalidenrente entspricht dem im Anhang 1 gewählten Vorsorgeplan.

4.3 Invalidenkinderrenten

Rentenberechtigt sind

- die Kinder aus einer von der versicherten Person geschlossenen Ehe;
- die Kinder, deren Kindsverhältnis zur versicherten Person durch Geburt oder Adoption entstand oder durch Heirat, Anerkennung oder richterliche Verfügung begründet wurde;
- Pflegekinder, welche die versicherte Person zur dauernden Pflege und Erziehung zu sich genommen hat und für deren Unterhalt sie ganz oder überwiegend aufkommt;
- angenommene Kinder, zu deren Unterhalt die versicherte Person bei Beginn des Anspruchs auf eine Invalidenrente verpflichtet ist;
- die von der versicherten Person ganz oder überwiegend unterstützten Stiefkinder.

Der Anspruch auf eine Invalidenkinderrente beginnt mit der Zahlung einer Invalidenrente, frühestens jedoch nach Beendigung der Lohnzahlung an die versicherte Person. Der Anspruch erlischt am Ende des Monats, in dessen Verlauf das Kind das 18. Altersjahr vollendet.

Für Kinder, die ein Studium oder eine Berufslehre absolvieren oder die mindestens zu zwei Dritteln invalid sind, erlischt der Anspruch auf die Invalidenkinderrente mit dem Abschluss des Studiums, der Berufslehre oder mit der Erlangung der Erwerbsfähigkeit, spätestens jedoch am Ende des Monats, in dessen Verlauf sie das 25. Altersjahr vollenden.

Stirbt ein anspruchsberechtigtes Kind, so erlischt die Invalidenkinderrente am Ende des Sterbemonats.

Die jährliche Invalidenkinderrente entspricht dem im Anhang 1 gewählten Vorsorgeplan.

4.4 Prämienbefreiung

4.4.1 Anspruchsberechtigung

Die Prämienbefreiung im Invaliditätsfall erstreckt sich auf alle für die versicherte Person geschuldeten Prämien.

4.4.2 Beginn der Prämienbefreiung

Die Prämienbefreiung beginnt nach einer Wartefrist von 6 Monaten; sie wird bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% gewährt.

4.5 Hinterbliebenenleistungen

4.5.1 Gleichstellung der eheähnlichen Lebensgemeinschaft

Eine Person, die in eheähnlicher Lebensgemeinschaft mit der versicherten Person gelebt hat, auch unter Personen gleichen Geschlechts, wird dem Ehegatten gleichgestellt, sofern beide Partner unverheiratet sind und zwischen ihnen keine Verwandtschaft im Sinne von ZGB Art. 95 besteht. Anspruch auf Leistungen besteht, wenn einer der folgenden Punkte zutrifft:

- die versicherte Person für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen musste;
- die eheähnliche Lebensgemeinschaft im Zeitpunkt des Todes nachweislich mindestens fünf Jahre gedauert hat.

Der überlebende Partner muss seinen Anspruch unter Vorlage sämtlicher erforderlicher Urkunden spätestens sechs Monate nach dem Tod der versicherten Person schriftlich bei der Stiftung geltend machen.

Der Anspruch auf die Lebenspartnerrente beginnt am Monatsersten nach dem Tod der versicherten Person, frühestens jedoch bei Erlöschen des Lohnanspruches der versicherten Person. Er erlischt am Ende des Monats, in dessen Verlauf der Begünstigte stirbt, heiratet oder wieder mit einem Lebenspartner zusammenlebt, spätestens jedoch nach fünf Jahren. Der Stiftungsrat kann die Rente über die fünf Jahre hinaus verlängern, wenn der überlebende Partner das weitere Vorliegen der Anspruchsberechtigung nachweist.

Die Höhe der Lebenspartnerrente entspricht dem Betrag der Ehegattenrente. Die Stiftung schuldet in jedem Fall nur eine einzige Lebenspartnerrente.

4.5.2 Ehegattenrenten

4.5.2.1 Anspruch auf eine Ehegattenrente

Stirbt eine verheiratete versicherte Person, so hat der überlebende Ehegatte, unabhängig von Alter, Ehedauer und Zahl der Kinder, Anspruch auf eine Rente ab dem Monatsersten nach dem Todestag, frühestens jedoch nach Beendigung der Lohnfortzahlung der versicherten Person. Die Rente wird ausbezahlt bis zum Ende des Monats, in dessen Verlauf der überlebende Ehegatte stirbt oder wieder heiratet.

Der überlebende Ehegatte verliert den Rentenanspruch, falls er sich wieder verheiratet. In diesem Fall erhält er eine einmalige Abfindung in der Höhe von drei Jahresrenten. Mit der Auszahlung der Abfindung erlöschen sämtliche Ansprüche gegenüber der Stiftung.

Die Höhe der jährlichen Ehegattenrente entspricht dem im Anhang 1 gewählten Vorsorgeplan.

4.5.2.2 Betrag der Ehegattenrente

Der Betrag der jährlichen Ehegattenrente entspricht:

- wenn der verstorbene Ehegatte aktiver Versicherter war, dem in Anhang 1 festgelegten Betrag;
- wenn der verstorbene Ehegatte invalid oder im Rücktrittsalter war, 60% der jährlichen Invaliden- oder Altersrente, die für den verstorbenen Ehegatten am Tag seines Todes versichert war. Vorbehalten bleibt Absatz 2.

Erfolgt die Eheschliessung nach Vollendung des ordentlichen Rücktrittsalters der AHV der versicherten Person, so wird die allenfalls gemäss den vorstehenden Bestimmungen bereits gekürzte Rente auf folgenden Prozentsatz herabgesetzt:

- Eheschliessung während des 66. Altersjahres: 80 %
- Eheschliessung während des 67. Altersjahres: 60 %
- Eheschliessung während des 68. Altersjahres: 40 %
- Eheschliessung während des 69. Altersjahres: 20 %
- Eheschliessung nach dem 69. Altersjahr: 0 %

Der Anspruch auf die sich nach den Bestimmungen des BVG ergebende Mindestleistung bleibt in jedem Fall gewährt.

4.5.2.3 Geschiedene Ehegatten

Ein geschiedener Ehegatte wird nach dem Tode seines geschiedenen Partners dem Ehegatten gleichgestellt, sofern die Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat und dem geschiedenen Ehegatten im Scheidungsurteil eine Rente oder eine Kapitalabfindung mit Unterhaltscharakter zugesprochen wurde. Er hat aber nur soweit Anspruch auf Leistungen, als der Anspruch aus dem Scheidungsurteil die Leistungen anderer Versicherungen, insbesondere im Bereich des BVG, der AHV und der IV noch übersteigt. Die Rente an die geschiedenen Ehegatten wird höchstens solange gewährt, als der/die Verstorbene unterhaltspflichtig gewesen wäre.

4.5.2.4 Halb-/Vollwaisenrenten

Rentenberechtigt sind

- die Kinder aus einer von der versicherten Person geschlossenen Ehe;
- die Kinder, deren Kindsverhältnis zur versicherten Person durch Geburt oder Adoption entstand oder durch Heirat, Anerkennung oder richterliche Verfügung begründet wurde;
- Pflegekinder, welche die versicherte Person zur dauernden Pflege und Erziehung zu sich genommen hat und für deren Unterhalt sie ganz oder überwiegend aufkommt;
- angenommene Kinder, zu deren Unterhalt die versicherte Person bei Beginn des Anspruchs auf eine Invalidenrente verpflichtet ist;
- die von der versicherten Person ganz oder überwiegend unterstützten Stiefkinder.

Der Anspruch auf eine Halb-/Vollwaisenrente beginnt am Monatsersten nach dem Todestag der versicherten Person, frühestens jedoch nach Beendigung der Lohnzahlung an die versicherte Person. Der Anspruch erlischt am Ende des Monats, in dessen Verlauf das Kind das 18. Altersjahr vollendet.

Für Kinder, die ein Studium oder eine Berufslehre absolvieren oder die mindestens zu zwei Dritteln invalid sind, erlischt der Anspruch auf die Kinderrente mit dem Abschluss des Studiums, der Berufslehre oder mit der Erlangung der Erwerbsfähigkeit, spätestens jedoch am Ende des Monats, in dessen Verlauf sie das 25. Altersjahr vollenden.

Stirbt ein anspruchsberechtigtes Kind, so erlischt die Halb-/Vollwaisenrente am Ende des Sterbemonats.

Die jährliche Waisenrente entspricht dem im Anhang 1 gewählten Vorsorgeplan.

4.5.3 Todesfallkapital

Stirbt die versicherte Person vor Beginn der Altersrente und bezieht sie keine Invalidenrente, wird das vorhandene Altersguthaben, das nicht zur Finanzierung von Hinterlassenenrenten benötigt wird, an folgende Begünstigte ausgerichtet:

Gruppe 1 (100 %)

- der Ehegatte, bei dessen Fehlen;
- Kinder der verstorbenen Person, bei deren Fehlen;
- die von der versicherten Person nachweisbar in erheblichen Masse unterstützten Personen, bei deren Fehlen;
- die Lebenspartnerin/den Lebenspartner, mit welcher die verstorbene Person in eheähnlicher Lebensgemeinschaft im Sinne von Art. 4.5.1 gelebt hat.

Gruppe 2 (50 %)

- die übrigen gesetzlichen Erben (unter Ausschluss des Gemeinwesens) auf 50 % des Todesfallkapitals.

Das Todesfallkapital wird mit dem Todestag der versicherten Person fällig.

5. Gemeinsame Bestimmungen für die Leistungen

5.1 Frühere Vorsorgeeinrichtung

Schliesst der Arbeitgeber mit der Stiftung die Anschlussvereinbarung ab, nachdem ein Vorsorgeverhältnis bei einer früheren Vorsorgeeinrichtung aufgelöst wurde, so haftet die Stiftung nicht für Fehler, die vor Vertragsbeginn entstanden sind.

In der Anschlussvereinbarung werden insbesondere folgende Punkte geregelt:

- a. die anfängliche Einlage;
- b. die Einzelheiten der Vertragsauflösung;
- c. das Schicksal der Rentenbezüger bei Vertragsauflösung.

5.2 Form der Leistungen

1. Die Leistungen werden grundsätzlich in Form von Renten ausgerichtet.
2. Beträgt die Altersrente oder die Vollinvalidenrente weniger als 10 %, die Ehegattenrente weniger als 6 %, die Kinderrente weniger als 2% der einfachen minimalen Altersrente der AHV, kommt anstelle der Rente ein Kapital zur Auszahlung.
3. Die anspruchsberechtigte Person kann anstelle der Altersrente die Auszahlung eines Teils oder des ganzen Alterskapitals verlangen. Sie hat die entsprechende Erklärung spätestens 12 Monate vor dem gewünschten, bzw. ordentlichen Rücktrittsalter abzugeben. Bei verheirateten Anspruchsberechtigten ist die schriftliche Zustimmung des Ehegatten zur Auszahlung erforderlich. Mit der Auszahlung des Kapitals erlischt jeglicher Anspruch auf Leistungen der Stiftung.
4. Eine Altersrente, die im Anschluss an eine laufende Invalidenrente zur Auszahlung kommt, kann nicht in Kapitalform ausbezahlt werden, ausser:
 - wenn die Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität führte, während den 3 Jahren vor dem Erreichen des Rentenalters begann, und
 - die versicherte Person die Erklärung für eine Kapitalabfindung spätestens 3 Jahre vor dem reglementarischen Rentenalter abgab und zu diesem Zeitpunkt noch erwerbstätig war.

5.3 Auszahlung der Versicherungsleistungen und Geltendmachung des Anspruches

1. Fällige Renten werden monatlich vorschüssig ausbezahlt, das letzte Mal zu Beginn desjenigen Monats, in welchem der Anspruch erlischt.
2. Die versicherte Person oder die Anspruchsberechtigten haben den Anspruch auf eigene Kosten zu beweisen und diejenigen Dokumente beizubringen, welche die Stiftung zur Ausrichtung von Leistungen als notwendig erachtet. Verweigert die anspruchsberechtigte Person, sich dieser Pflicht zu unterziehen, ist die Stiftung berechtigt, die Leistungszahlungen einzustellen.
3. Die Leistungen werden ausbezahlt, sobald die Stiftung den Anspruch anhand der verlangten Dokumente beurteilen kann.
4. Wird die Stiftung vorleistungspflichtig, weil die für die Leistungszahlung zuständige Vorsorgeeinrichtung noch nicht feststeht und die versicherte Person zuletzt der Stiftung angehört hat, so beschränkt sich der Anspruch auf die BVG-Mindestleistungen. Stellt sich später heraus, dass die Stiftung nicht leistungspflichtig ist, so verlangt sie die vorgeleisteten Beträge zurück.

5. Kürzt, entzieht oder verweigert die AHV/IV eine Leistung, weil der Anspruchsberechtigte den Tod oder die Invalidität durch sein eigenes schweres Verschulden herbeigeführt hat oder weil sich die versicherte Person einer Wiedereingliederungsmassnahme der IV widersetzt, so kann der Stiftungsrat die Leistungen der Stiftung kürzen.

5.4 Zusammenfallen von Leistungen bei Invalidität und Tod

1. Ergeben die Leistungen der Stiftung an einen Invaliden oder an Hinterbliebene eines verstorbenen Versicherten zusammen mit den in Absatz 2 erwähnten Leistungen einen Betrag, der grösser ist als 90% des um die Kinderzulagen erhöhten Bruttojahreslohnes, den der Versicherte bei Weiterbeschäftigung hätte erzielen können, so kann der Stiftungsrat die Leistungen der Stiftung entsprechend kürzen.

Beim Bruttojahreslohn handelt es sich um das effektive AHV-Einkommen. Während der ersten drei Jahre nach Praxiseröffnung kann der gemeldete Lohn von Selbständigerwerbenden oder Arbeitgebern dem voraussichtlichen Jahreseinkommen gemäss Praxisbudget entsprechen. Er kann in der Höhe nach unten frei gewählt werden.

2. Folgende Leistungen Dritter werden berücksichtigt:
 - die Leistungen der eidg. Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung;
 - die Leistungen gemäss eidg. Unfallversicherungsgesetz;
 - die Leistungen der Militärversicherung;
 - die Leistungen einer Versicherungs- oder Vorsorgeeinrichtung, die ganz oder teilweise durch den Arbeitgeber finanziert wurden;
 - allfällige Lohnzahlungen des Arbeitgebers oder Lohnersatzleistungen;
 - die Leistungen ausländischer Sozialversicherungen;
 - die Leistungen aus Freizügigkeitseinrichtungen und der Auffangeinrichtung;
 - das weiterhin erzielte oder zumutbarerweise noch erzielbare Erwerbseinkommen eines Voll- oder Teilinvaliden.
3. In Abweichung von Absatz 2 werden Hilflosen- und Integritätsentschädigungen nicht angerechnet. Die Leistungen an die Hinterbliebenen werden zusammengezählt.
4. Verweigert oder kürzt die Unfallversicherung oder die Militärversicherung die Leistungen, weil der Versicherungsfall durch den Anspruchsberechtigten verschuldet wurde, so werden für die Berechnung der Ueberversicherung die vollen Versicherungsleistungen berücksichtigt.
5. Zahlt eine der in Absatz 2 erwähnten Institutionen ein Kapital aus, so wird dieses zwecks Ermittlung einer allfälligen Ueberversicherung gemäss den technischen Grundlagen der Stiftung in Renten umgerechnet.
6. Zahlt die Unfallversicherung oder die Militärversicherung eine Invalidenrente über das ordentliche Rücktrittsalter hinaus, so wird die ab diesem Datum zahlbare Altersrente der Stiftung zwecks Anwendung dieses Artikels wie eine Invalidenrente behandelt.

7. Falls die Leistungen der Stiftung gekürzt werden, so werden alle Leistungen im gleichen Verhältnis gekürzt.
8. Der Kürzungsbetrag wird periodisch überprüft, wobei die allgemeine Lohnentwicklung, die Entwicklung der Leistungen, der Wegfall von Leistungen, das Eintreffen neuer Leistungen sowie die Situation der versicherten Person mitzubersichtigen sind.
9. Die Stiftung tritt gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person, ihrer Hinterlassenen und weiterer Begünstigter nach Reglement Art. 4.5 ein.

5.5 Anpassung der Renten an die Preisentwicklung

1. Die Hinterlassenen- und Invalidenrenten sowie die Altersrenten werden im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten der Stiftung an die Preisentwicklung angepasst. Der Stiftungsrat entscheidet jährlich, ob und in welchem Mass die Renten angepasst werden müssen. Er hält seinen begründeten Entscheid in der Jahresrechnung oder im Geschäftsbericht fest.
2. Die BVG-Mindestbestimmungen bleiben vorbehalten.

5.6 Abtretung, Verpfändung und Verrechnung

1. Der Anspruch auf Vorsorgeleistungen kann vor der Fälligkeit weder abgetreten noch verpfändet werden. Die Bestimmungen über die Wohneigentumsförderung bleiben vorbehalten.
2. Der Anspruch auf Vorsorgeleistungen darf mit Forderungen, welche die Firma der Stiftung abgetreten hat, nur verrechnet werden, wenn sie sich auf Beiträge beziehen, welche nicht vom Lohn abgezogen worden sind.

5.7 Verfall von Leistungen

Nicht ausbezahlte Todesfallkapitalien und Rentenleistungen verfallen an die Stiftung.

6. Wohneigentumsförderung

1. Die versicherte Person hat Anspruch auf Vorbezug oder Verpfändung von Versicherungsleistungen zur Wohneigentumsförderung. Voraussetzungen und Umfang des Anspruches richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Zwecks Information für die versicherte Personen erstellt der Stiftungsrat Richtlinien zur Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge.
2. Bei einem Vorbezug werden die Invaliditäts- oder Todesfalleistungen nicht gekürzt, es erfolgt jedoch ein Zuschlag auf der Risikoprämie gemäss Anhang 1.
3. Die anspruchsberechtigte Person hat der Stiftung die entstehenden Aufwendungen gemäss Gebührenreglement zu ersetzen.
4. Die Stiftung informiert die versicherte Person auf Anfrage über die Anspruchshöhe und die Folgen des Vorbezuges.

7. Ehescheidung

1. Bei Ehescheidung eines aktiven Versicherten werden die für die Ehedauer zu ermittelnden Austrittsleistungen nach den Art. 122, 123, 141 und 142 ZGB geteilt. Das Gericht teilt der Stiftung den zu übertragenden Betrag mit den nötigen Angaben über die Erhaltung des Vorsorgeschutzes von Amtes wegen mit.
2. Wenn die Freizügigkeitsleistung des Versicherten in Anwendung von Absatz 1 ganz oder teilweise überwiesen wird, wird das im Zeitpunkt der Ehescheidung des Versicherten vorhandene Altersguthaben um den an den anderen Ehegatten überwiesenen Betrag gekürzt. Der so verlorene Betrag kann in analoger Anwendung von Art. 8.4, Ziff. 1, ganz oder teilweise wieder eingekauft werden.

8. Finanzierung

8.1 Versicherter Lohn

Der versicherte Jahreslohn wird im Anhang 1 beschrieben.

8.1.1 Versicherter Lohn bei Teilinvalidität

Für Personen, die teilweise invalid sind, wird der Jahreslohn, bzw. das mögliche Lohnmaximum durch entsprechende Reduktion dem Grad der Erwerbsfähigkeit angepasst. Das Lohnmaximum wird höchstens soweit reduziert, dass der anrechenbare Lohn den sich nach BVG ergebenden Betrag nicht unterschreitet. In diesem Zusammenhang wird die Invalidität als solche gemäss IVG verstanden.

8.2 Beiträge

Die Beiträge dienen zur Deckung

- des Alterskapitals
- der Kosten für die Risikoleistungen bei Tod und Invalidität
- der Verwaltungskosten
- der Abgabe an den Sicherheitsfonds gemäss Art. 59 BVG
- der Anpassung der Hinterlassenen- und Invalidenrenten an die Preisentwicklung gemäss Art. 36 BVG

Der Unfall ist bei den Selbständigerwerbenden (exkl. Spital- und Heilungskosten) mitversichert. Bei den Arbeitnehmern ist der Unfall nicht versichert (vorbehältlich Erfüllung der Mindestleistungen gemäss BVG).

Die Höhe der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge wird in den Vorsorgeplänen festgelegt. Der Arbeitgeber trägt mindestens 50 % der Gesamtaufwendungen.

Die Beitragspflicht für Arbeitgeber und Arbeitnehmer entsteht mit dem Beginn der Versicherung und endet mit der Pensionierung, dem Tod vor Erreichen der Pensionierung, der Beendigung der Arbeitsverhältnisse oder dem Unterbruch. Vorbehalten bleibt die Prämienbefreiung im Falle von Erwerbsunfähigkeit.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Beiträge der versicherten Person von deren Lohn in Abzug zu bringen und der Stiftung zu überweisen.

8.3 Freizügigkeitsleistungen

8.3.1 Eintrittsleistung

Die versicherte Person ist beim Eintritt in die Stiftung verpflichtet, die bestehenden Freizügigkeitsleistungen zur Äufnung des Alterskapitals einzubringen und gleichzeitig die Austrittsabrechnung einzureichen. Die versicherte Person hat der Stiftung den Namen und die Adresse der Vorsorgeeinrichtung seines früheren Arbeitgebers, gegebenenfalls Name und Adresse der Freizügigkeitseinrichtung, bei der sie über ein Vorsorgekapital verfügt sowie die Form des Vorsorgeschutzes mitzuteilen. Die Verzinsung erfolgt ab dem Datum der Überweisung. Der Verzugszins der früheren Vorsorgeeinrichtung wird der versicherten Person gutgeschrieben.

Die gleiche Pflicht gilt für die selbständigerwerbende Person. Ist diese älter als 40, so hat sie der Stiftung einen Zuschlag zur Risikoprämie zu entrichten. Dieser Zuschlag entfällt, wenn mindestens 50% des maximal möglichen Altersguthabens (Anhang 3 mit Zins) eingebracht ist. Der Stiftungsrat legt die Höhe des Zuschlages fest (Anhang 1).

8.4 Einkäufe

1. Der Einkauf ist jederzeit möglich, spätestens jedoch bis vor Entstehung des Anspruchs auf die Altersleistungen oder bis zum Beginn einer Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur vollständigen Invalidität oder zum Tod führt.
2. Für den Einkauf von Vorsorgeleistungen nach der Aufnahme in die Personalvorsorge ist der anrechenbare Lohn im Zeitpunkt des Einkaufs massgebend.
3. Die maximal mögliche persönliche Einlage ergibt sich aus dem Anhang 3. Steuerliche Vorschriften sowie BVG Art.79a bleiben ausdrücklich vorbehalten.

9. Austritt aus der Personalvorsorge

9.1 Voraussetzungen

1. Wird der Arbeitsvertrag einer versicherten Person aufgelöst und hat sie keinen Anspruch auf Vorsorgeleistungen, so tritt sie aus der Vorsorge aus.
2. Der Arbeitgeber hat der Stiftung unverzüglich ein vollständig ausgefülltes, von der versicherten Person und vom Arbeitgeber unterzeichnetes Austrittsformular zuzustellen.

9.2 Freizügigkeitsleistungen

1. Verlässt die versicherte Person die Stiftung bevor ein Vorsorgefall eintritt, hat sie Anspruch auf eine Freizügigkeitsleistung.
2. Die Höhe der Freizügigkeitsleistung entspricht dem im Austrittszeitpunkt erworbenen Altersguthaben der versicherten Person, in jedem Fall aber dem Mindestbetrag gemäss FZG, Art 17.
3. Austrittsleistungen werden nach dem Beitragsprimat gemäss FZG, Art. 15, Abs. 2, erbracht.

9.3 Verwendung der Freizügigkeitsleistung

1. Die Freizügigkeitsleistung wird an die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers überwiesen.
2. Ist eine Überweisung nicht möglich, hat die versicherte Person der Stiftung mitzuteilen, in welcher zulässigen Form sie den Vorsorgeschutz erhalten will. Die Stiftung bietet austretenden Versicherten die Möglichkeit, das Altersguthaben vorübergehend auf ein Freizügigkeitskonto bei der Stiftung zu überweisen. Erfolgt nach Ablauf einer sechsmonatigen Frist keine Mitteilung über die weitere Verwendung des Freizügigkeitskapitals, überweist diese das Guthaben an die zuständige Auffangeinrichtung.

3. Die Freizügigkeitsleistung wird bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses fällig. Ab diesem Zeitpunkt wird sie zum BVG-Mindestzinssatz verzinst. Ueberweist die Stiftung die Leistung nicht innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt aller notwendigen Informationen, so wird ab diesem Zeitpunkt ein Verzugszins geschuldet. BVG-Mindestzinssatz und Verzugszins werden vom Bundesrat festgelegt.
4. Die versicherte Person kann die Barauszahlung ihrer Freizügigkeitsleistung verlangen, wenn:
 - sie die Schweiz endgültig verlässt; ausgenommen bei einem Wegzug ins Fürstentum Liechtenstein;
 - sie eine selbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt und der obligatorischen beruflichen Vorsorge nicht mehr untersteht;
 - die Austrittsleistung weniger als ein Jahresbeitrag der versicherten Person beträgt.

Bei verheirateten Anspruchsberechtigten ist die schriftliche Zustimmung des Ehegatten zur Auszahlung erforderlich.

9.4 Rückforderung der Freizügigkeitsleistung

Mit der Auszahlung der Austrittsleistung wird die Stiftung vom Erbringen der Altersleistungen befreit. Hat sie nach dem Austritt Hinterlassenen- oder Invalidenleistungen zu erbringen, so kann sie die erbrachten Austrittsleistungen zurückfordern, soweit diese zur Finanzierung der Hinterlassenen- oder Invalidenleistungen nötig sind.

10. Besondere Bestimmungen

10.1 Nachdeckung / Nachhaftung

Die im Zeitpunkt der Auflösung des Vorsorgeverhältnisses versicherten Leistungen bei Tod und Invalidität bleiben bis zum Beginn eines neuen Arbeits- bzw. Vorsorgeverhältnisses, längstens jedoch während eines Monats, unverändert versichert (Nachdeckungsfrist).

Ist eine versicherte Person im Zeitpunkt der Auflösung des Vorsorgeverhältnisses, bzw. bei Ablauf der Nachdeckungsfrist, nicht voll arbeitsfähig und wird in der Folge innerhalb von 360 Tagen als invalid erklärt, so besteht Anspruch auf Invaliditätsleistungen nach diesem Reglement. Erhöht sich der Invaliditätsgrad aus gleicher Ursache innert weiterer 90 Tage, oder erhöht sich der Invaliditätsgrad einer bei Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bzw. bei Ablauf der Nachdeckungsfrist der invaliden Person aus gleicher Ursache innert 90 Tagen, so werden auch für die Erhöhung die Invaliditätsleistungen nach diesem Reglement erbracht.

Tritt die Invalidität oder die Erhöhung des Invaliditätsgrades nicht innerhalb der genannten Fristen ein, so entspricht der Betrag allfälliger Invalidenleistungen den BVG-Mindestleistungen.

10.2 Informations- und Meldepflicht

Die Versicherten erhalten jährlich einen Versicherungsausweis, aus dem die versicherten Leistungen und der Stand des Altersguthabens ersichtlich sind. Die Stiftung informiert die Versicherten gemäss den gesetzlichen Vorschriften.

10.3 Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen

Wurden versicherten Personen oder ihren Hinterbliebenen Leistungen ausgerichtet, auf welche sie weder nach diesem Reglement noch nach dem BVG Anspruch haben, sind diese Leistungen zurückzuerstatten. Waren die Empfänger der Leistungen bösgläubig, ist zudem ein Verzugszins zu entrichten. Der Anspruch auf Rückzahlung kann mit Leistungen der Stiftung verrechnet werden.

In Härtefällen kann der Stiftungsrat auf die Rückforderung unrechtmässiger bezogener Leistungen ganz oder teilweise verzichten.

11. Teilliquidation / Bildung von Rückstellungen / Sanierungsbeitrag

11.1 Teilliquidation

1. Die Voraussetzungen für eine Teilliquidation sind vermutungsweise erfüllt, wenn:
 - a. der Gesamtbestand der aktiven Versicherten innerhalb eines Jahres um mehr als 10% oder innerhalb von 3 Jahren um mehr als 15% abnimmt;
 - b. einer der Arbeitgeber eine Restrukturierung durchführt;
 - c. ein Anschlussvertrag aufgelöst wird oder wenn durch einen Austritt aus einem Anschlussvertrag das Deckungskapital der im jeweiligen Anschlussvertrag versicherten aktiven Destinatäre um mehr als 80 % abnimmt.
2. Bei Teilliquidation mit kollektivem Austritt (mehrere Versicherte treten als Gruppe gemeinsam in dieselbe neue Vorsorgeeinrichtung über) haben die austretenden Versicherten einen anteilmässigen Anspruch auf Rückstellungen und Schwankungsreserven der Stiftung, soweit diese vorhanden sind, und soweit versicherungs- und anlagetechnische Risiken mit der austretenden Gruppe übertragen werden. Die Höhe der Rückstellungen und Schwankungsreserven richtet sich in der Regel nach der letzten kaufmännischen Bilanz. Kein Anspruch besteht, wenn die Teil- oder Gesamtliquidation durch die austretende Gruppe verursacht wurde.

3. Die austretenden Versicherten haben, zusätzlich zu einem allfälligen Anspruch auf Rückstellungen und Schwankungsreserven, einen anteilmässigen Anspruch auf freie Mittel der Stiftung, soweit diese vorhanden sind. Zur Ermittlung der freien Mittel wird eine spezielle Teilliquidationsbilanz, basierend auf dem Jahresabschluss per 31.12. des Vorjahres, erstellt, welche die voraussichtliche Situation der Stiftung nach Austritt der austretenden Gruppe abbildet (Grundsatz des Fortbestandesinteresses). Die Zuwendung der freien Mittel erfolgt nach Massgabe eines Verteilungsplanes, der sich grundsätzlich auf die Freizügigkeitsleistung der aktiven Versicherten und auf den Rentenbarwert der Rentenbezüger (falls Rentner übertragen werden) stützt, und der Einlagen und Vorbezüge, die unmittelbar vor dem Zeitpunkt der Teilliquidation erfolgt sind, angemessen berücksichtigen kann.
4. Bei Unterdeckung im Sinne von Artikel 44 BVV2 kürzt die Stiftung die Freizügigkeitsleistungen der austretenden Versicherten. Zur Ermittlung der Kürzung wird eine spezielle Teilliquidationsbilanz erstellt, welche die voraussichtliche Situation der Stiftung nach Austritt der austretenden Gruppe abbildet (Grundsatz des Fortbestandesinteresses). Die Stiftung kann auf eine Kürzung verzichten, falls der Deckungsgrad geringfügig unter 100 % liegt und nach Auszahlung der ungekürzten Freizügigkeitsleistungen nicht massgeblich gesenkt wird.
5. Die Stiftung kann die individuellen Freizügigkeitsleistungen provisorisch kürzen, wenn sich der Tatbestand für eine Teilliquidation abzeichnet und sich die Stiftung offenbar in Unterdeckung befindet. Die provisorische Kürzung gilt nur für Versicherte, die voraussichtlich von der Teilliquidation betroffen sein werden. Sie muss ausdrücklich als solche bezeichnet werden. Nach Abschluss des Teilliquidationsverfahrens erstellt die Stiftung eine definitive Abrechnung und richtet eine allfällige Differenz zuzüglich Zins aus.
6. Als austretende Versicherte gelten sämtliche von der Teilliquidation betroffenen Versicherten, und damit auch freiwillige austretende Versicherte.
7. Bei einem kollektiven Austritt im Sinne von Absatz 2 wird ein allfälliger Anspruch auf Rückstellungen und freie Mittel insofern kollektiv übertragen, als dies für den kollektiven Eintritt in die neue Vorsorgeeinrichtung notwendig ist. Ein allfälliger Restbetrag wird gemäss Verteilungsplan der Stiftung verwendet.
8. Der Stiftungsrat entscheidet darüber, ob die Voraussetzungen für eine Teilliquidation erfüllt sind und bestimmt die Einzelheiten der Teilliquidation. Besteht kein Anspruch auf Rückstellungen oder freie Mittel und werden die Freizügigkeitsleistungen nicht gekürzt, so verzichtet der Stiftungsrat auf die Durchführung einer Teilliquidation. Die Beschlüsse des Stiftungsrates werden den betroffenen Versicherten (Aktive und Rentner) mitgeteilt und können innerhalb von 30 Tagen zur formellen Stellungnahme an die zuständige Aufsichtsbehörde weitergezogen werden. Eine Beschwerde gegen den Entscheid der Aufsichtsbehörde hat grundsätzlich keine aufschiebende Wirkung auf die Durchführung der Teilliquidation.

11.2 Bildung von Rückstellungen

1. Als versicherungstechnisch notwendige Rückstellungen gelten solche, die für die Berechnung des Deckungsgrads nach Artikel 44 BVV2 berücksichtigt werden. Die Höhe dieser Rückstellungen richtet sich nach den Empfehlungen des Experten für berufliche Vorsorge, insbesondere nach dem versicherungstechnischen Gutachten. Versicherungstechnisch notwendige Rückstellungen der Stiftung sind:
 - a. die Langlebigkeitsreserve;
 - b. die Risikoschwankungsreserve.
2. Als übrige Rückstellungen gelten solche, die insofern gebildet werden, als dies die finanzielle Lage der Stiftung nach Bildung der speziellen und versicherungstechnisch notwendigen Rückstellungen erlaubt. Die übrigen Rückstellungen werden in folgender Reihenfolge gebildet:
 - a. Wertschwankungsreserve, bis zur Obergrenze gemäss Anlagestrategie;
 - b. Zinsreserve, bis höchstens 10% des Deckungskapitals;
 - c. Leistungsverbesserungsreserve für aktive Versicherte und Rentenbezüger.

11.3 Sanierungsbeitrag

Wenn und solange die Stiftung in Unterdeckung im Sinne des BVG ist, kann der Stiftungsrat beim Arbeitgeber, den aktiven Versicherten sowie den Rentenbezügern einen zeitlich befristeten Sanierungsbeitrag erheben.

Wird ein Sanierungsbeitrag erhoben, informiert der Stiftungsrat die Versicherten über Satz oder Betrag sowie die vorgesehene Dauer.

12. Schlussbestimmungen

12.1 Erfüllungsort und Gerichtsstand

Die Stiftung erfüllt ihre Verpflichtungen am letzten Wohnsitz der versicherten Person oder, falls diese im Ausland wohnt, am Sitz der Stiftung in Bern oder am letzten Wohnsitz in der Schweiz.

Gegenüber den angeschlossenen Arbeitgebern befindet sich der Gerichtsstand an deren Sitz.

Der Gerichtsstand für Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten befindet sich am schweizerischen Sitz oder Wohnsitz des Beklagten oder am Ort des Betriebes, bei dem der Versicherte angestellt wurde.

12.2 Inkrafttreten

Dieses Reglement wurde an der Stiftungsratssitzung vom 09.12.2004 genehmigt und tritt per 01.01.2005 in Kraft und ersetzt das Reglement vom 09.12.2003.

VSAO – ASMAC Stiftung für Selbständigerwerbende
VSAO – ASMAC Fondation pour indépendants
VSAO – ASMAC Fondazione per indipendenti

Dr. med. Jacques Koerfer
Präsident

Markus Fischer
Vizepräsident

Anhang Nr. 1 zum Reglement vom 01.01.2005

1. Vorsorgeplan MIDI

1.1. Versicherter Jahreslohn

Altersguthaben: Maximallohn gemäss BVG, minus Koordinationsabzug
Risikoleistungen: gemeldeter Jahreslohn, max. der vierfache UVG-Maximallohn

1.2. Altersgutschriften

Alter Frauen/Männer	Altersgutschriften
25 - 34	7% des versicherten Jahreslohnes
35 - 44	10% des versicherten Jahreslohnes
45 - 54	15% des versicherten Jahreslohnes
55 - 64/65	18% des versicherten Jahreslohnes

1.3. Leistungen im Todesfall

Jährliche Ehegattenrente von 24% des versicherten Jahreslohnes
Jährliche Waisenrente von 8% des versicherten Jahreslohnes pro Kind

1.4. Leistungen bei Invalidität

Jährliche Invalidenrente von 40% des versicherten Jahreslohnes bei Vollinvalidität
Jährliche Invalidenkinderrente von 8% des versicherten Jahreslohnes pro Kind bei Vollinvalidität

2. Vorsorgeplan MIDI PLUS (möglich für Aerzte ohne Personal)

2.1. Versicherter Jahreslohn

Altersguthaben: Maximallohn gemäss BVG, minus Koordinationsabzug
Risikoleistungen: gemeldeter Jahreslohn, minus Koordinationsabzug, max. der vierfache UVG-Maximallohn

2.2. Altersgutschriften

Alter Frauen/Männer	Altersgutschriften
25 - 34	7% des versicherten Jahreslohnes
35 - 44	10% des versicherten Jahreslohnes
45 - 54	15% des versicherten Jahreslohnes
55 - 64/65	18% des versicherten Jahreslohnes

2.3. Leistungen im Todesfall

Jährliche Ehegattenrente von 36% des versicherten Jahreslohnes
Jährliche Waisenrente von 12% des versicherten Jahreslohnes pro Kind

2.4. Leistungen bei Invalidität

Jährliche Invalidenrente von 60% des versicherten Lohnes bei Vollinvalidität
Jährliche Invalidenkinderrente von 12 % des versicherten Jahreslohnes pro Kind bei Vollinvalidität

3. Vorsorgeplan MAXI (möglich für Aerzte ohne Personal)

3.1. Versicherter Jahreslohn

Altersguthaben: gemeldeter Jahreslohn
Risikoleistungen: gemeldeter Jahreslohn, max. der vierfache UVG-Maximallohn

3.2. Altersgutschriften

Alter Frauen/Männer	Altersgutschrift
25 - 34	7% des versicherten Jahreslohnes
35 - 44	10% des versicherten Jahreslohnes
45 - 54	15% des versicherten Jahreslohnes
55 - 64/65	18% des versicherten Jahreslohnes

3.3. Leistungen im Todesfall

Jährliche Ehegattenrente von 24% des versicherten Jahreslohnes
Jährliche Waisenrente von 8% des versicherten Jahreslohnes pro Kind

3.4. Leistungen bei Invalidität

Jährliche Invalidenrente von 40% des versicherten Jahreslohnes bei Vollinvalidität
Jährliche Invalidenkinderrente von 8% des versicherten Jahreslohnes pro Kind bei Vollinvalidität

4. Vorsorgeplan MAXI PLUS (möglich für Aerzte ohne Personal)

4.1. Versicherter Jahreslohn

Altersguthaben: gemeldeter Jahreslohn, minus Koordinationsabzug
Risikoleistungen: gemeldeter Jahreslohn, minus Koordinationsabzug, max. der vierfache UVG-Maximallohn

4.2. Altersgutschriften

Alter Frauen/Männer	Altersgutschrift
25 - 34	7% des versicherten Jahreslohnes
35 - 44	10% des versicherten Jahreslohnes
45 - 54	15% des versicherten Jahreslohnes
55 - 64/65	18% des versicherten Jahreslohnes

4.3. Leistungen im Todesfall

Jährliche Ehegattenrente von 36 % des versicherten Jahreslohnes
Jährliche Waisenrente von 12 % des versicherten Jahreslohnes pro Kind

4.4. Leistungen bei Invalidität

Jährliche Invalidenrente von 60% des versicherten Jahreslohnes bei Vollinvalidität
Jährliche Invalidenkinderrente von 12% des versicherten Jahreslohnes pro Kind bei Vollinvalidität

5. Vorsorgeplan UK PLUS (möglich für Aerzte ohne Personal)**5.1. Versicherter Jahreslohn**

Altersguthaben: gemeldeter Jahreslohn, minus Koordinationsabzug
 Risikoleistungen: gemeldeter Jahreslohn, minus Koordinationsabzug,
 im Maximum die jeweils geltende UVG-Limite

5.2. Altersgutschriften

Alter Frauen/Männer	Altersgutschriften
25 - 31	7% des versicherten Jahreslohnes
32 - 41	10% des versicherten Jahreslohnes
42 - 51	16% des versicherten Jahreslohnes
52 - 64/65	18% des versicherten Jahreslohnes

5.3. Leistungen im Todesfall

Jährliche Ehegattenrente von 36 % des versicherten Jahreslohnes
 Jährliche Waisenrente von 12 % des versicherten Jahreslohnes pro Kind

5.4. Leistungen bei Invalidität

Jährliche Invalidenrente von 60% des versicherten Jahreslohnes bei Vollinvalidität
 Jährliche Invalidenkinderrente von 12 % des versicherten Jahreslohnes pro Kind bei Vollinvalidität

6. Vorsorgeplan K PLUS**6.1. Versicherter Jahreslohn**

Altersguthaben: gemeldeter Jahreslohn, minus Koordinationsabzug
 Risikoleistungen: gemeldeter Jahreslohn, minus Koordinationsabzug,
 max. der vierfache UVG-Maximallohn

6.2. Altersgutschriften

Alter Frauen/Männer	Altersgutschriften
25 - 31	7% des versicherten Jahreslohnes
32 - 41	10% des versicherten Jahreslohnes
42 - 51	16% des versicherten Jahreslohnes
52 - 64/65	18% des versicherten Jahreslohnes

6.3. Leistungen im Todesfall

Jährliche Ehegattenrente von 36 % des versicherten Jahreslohnes
 Jährliche Waisenrente von 12 % des versicherten Jahreslohnes pro Kind

6.4. Leistungen bei Invalidität

Jährliche Invalidenrente von 60% des versicherten Jahreslohnes bei Vollinvalidität
 Jährliche Invalidenkinderrente von 12% des versicherten Jahreslohnes pro Kind bei Vollinvalidität

7. Vorsorgeplan S PLUS (möglich für Aerzte ohne Personal)

7.1. Versicherter Jahreslohn

Altersguthaben:	gemeldeter Jahreslohn, minus Koordinationsabzug
Risikoleistungen:	Maximallohn gemäss BVG, minus Koordinationsabzug

7.2. Altersgutschriften

Alter Frauen/Männer	Altersgutschriften
25 - 34	20% des versicherten Jahreslohnes
35 - 44	20% des versicherten Jahreslohnes
45 - 54	20% des versicherten Jahreslohnes
55 - 64/65	20% des versicherten Jahreslohnes

7.3. Leistungen im Todesfall

Jährliche Ehegattenrente	von 24% des versicherten Jahreslohnes
Jährliche Waisenrente	von 8% des versicherten Jahreslohnes pro Kind

7.4. Leistungen bei Invalidität

Jährliche Invalidenrente	von 40% des versicherten Lohnes bei Vollinvalidität
Jährliche Invalidenkinderrente	von 8% des versicherten Jahreslohnes pro Kind bei Vollinvalidität

Gemeinsame Bestimmungen für die Vorsorgepläne

1. Gesundheitserklärung (Regl. Art. 3.3)

In folgenden Fällen wird eine Gesundheitsprüfung verlangt:

1.1. Selbständigerwerbende

- Bei Neueintritten;
- Bei einer Erhöhung der versicherten Besoldung für Risikoleistungen um 20% oder über CHF 20'000.00;
- Bei einer Reduktion der Wartefrist für die Invalidenrente.

1.2. Angestellte

- Bei Neueintritten ab einem versicherten Lohn über dem BVG-Maximum;
- Bei einer Erhöhung der versicherten Besoldung für Risikoleistungen um 20% oder über CHF 20'000.00, sofern der versicherte Lohn das BVG-Maximum überschreitet.

2. Versicherter Lohn (Regl. Art. 8.1)

2.1. Der maximal versicherbare Jahreslohn für Risikoleistungen und Prämienbefreiung entspricht dem vierfachen UVG-Maximallohn.

2.2. Vorbehalten bleiben immer die individuellen Bestimmungen der jeweiligen Vorsorgepläne.

3. Zuschlag auf der Risikoprämie für Selbständigerwerbende (Regl. Art. 8.3)

Alter 41 – 50	33%
Alter 51 – 64/65	50%

4. Zuschlag auf der Risikoprämie bei Vorbezug für Wohneigentumsförderung (Regl. Art. 6.2)

Bis CHF 100'000.00	25%
CHF 100'001.00 – CHF 300'000.00	33%
CHF 300'001.00 und mehr	50%

Anhang Nr. 2 zum Reglement vom 01.01.2005

1. Risikoprämien ab 01.01.2002 (Frauen und Männer)

1.1 Angestellte:

	WF 24 Monate		WF 12 Monate	
	Bis 25	Ab 25	Bis 25	Ab 25
Midi	0.70 %	2.50 %	0.80 %	2.80 %
Midi Plus	0.70 %	3.00 %	0.80 %	3.30 %
Maxi	0.70 %	2.50 %	0.80 %	2.80 %
Maxi Plus	0.70 %	3.00 %	0.80 %	3.30 %
UK Plus	0.70 %	3.00 % (a)	0.80 %	3.30 % (a)
K Plus	0.70 %	3.00 %	0.80 %	3.30 %
S Plus	1.00 % (b)	3.00 % vom Risikolohn 1.00 % vom Sparlohn (c)	1.30 % (b)	3.00 % vom Risikolohn 1.30 % vom Sparlohn (c)

1.2 Selbständig Erwerbende (identische Leistungen bei Krankheit und Unfall):

	WF 24 Monate	WF 12 Monate
	Ab 25	Ab 25
Midi	2.50 %	2.80 %
Midi Plus	3.00 %	3.30 %
Maxi	2.90 %	3.20 %
Maxi Plus	3.60 %	3.90 %
UK Plus	3.60 % (a)	3.90 % (a)
K Plus	3.60 %	3.90 %
S Plus	3.00 % vom Risikolohn 1.00 % vom Sparlohn (c)	3.00 % vom Risikolohn 1.30 % vom Sparlohn (c)

- (a) 1. Risikoprämie bis zum jeweils gültigen UVG-Maximallohn.
 2. Zusätzlich 0.50 % Risikoprämie für den Lohn zwischen dem jeweils gültigen UVG-Maximallohn und dem vierfachen UVG-Maximallohn.
 3. Ab dem vierfachen UVG-Maximallohn werden keine Risikoprämien mehr belastet.
- (b) 1. Risikoprämie bis Alter 25 vom versicherten Sparlohn.
- (c) 1. Risikoprämie bis zum vierfachen UVG-Maximallohn.
 2. Ab dem vierfachen UVG-Maximallohn werden keine Risikoprämien mehr belastet.

2. Verwaltungskosten ab 01.04.2003

Der Verwaltungskostenbeitrag beträgt 1% des versicherten Risikolohnes, im Maximum pro Person CHF 2'500.00 pro Jahr.

3. Verzinsung ab 01.01.2005

Der gültige Zinssatz für obligatorische und überobligatorische Sparguthaben beträgt 2.50%.

Anhang Nr. 3 zum Reglement vom 01.01.2005

Maximale Einlage für den Einkauf von Altersleistungen bei Vorsorgeplänen mit gestaffelten Altersgutschriften (in Prozenten des versicherten Jahreslohnes)

Alter	Pläne	Pläne	Plan
	1 - 2 - 3 - 4	5 - 6	7
25	0%	0%	0%
26	7%	7%	20%
27	14%	14%	41%
28	22%	22%	62%
29	30%	30%	85%
30	38%	38%	108%
31	46%	46%	133%
32	55%	55%	158%
33	64%	67%	184%
34	74%	80%	212%
35	84%	93%	240%
36	97%	107%	270%
37	111%	121%	301%
38	126%	136%	333%
39	141%	152%	366%
40	156%	168%	400%
41	173%	185%	436%
42	190%	202%	474%
43	207%	226%	513%
44	225%	251%	553%
45	244%	277%	596%
46	269%	304%	639%
47	295%	332%	685%
48	322%	362%	732%
49	350%	392%	782%
50	379%	424%	833%
51	409%	457%	886%
52	440%	491%	942%
53	473%	529%	999%
54	507%	568%	1059%
55	542%	608%	1122%
56	582%	651%	1187%
57	623%	695%	1254%
58	666%	741%	1324%
59	710%	788%	1397%
60	757%	838%	1473%
61	805%	889%	1552%
62	855%	943%	1634%
63	908%	999%	1719%
64	962%	1057%	1808%
65	1018%	1117%	1901%

Anhang Nr. 4 zum Reglement vom 01.01.20051. Rentensätze Pensionierung**Tabelle Männer:**

Alter	2005	2006	2007	2008	2009
70	7.72%	7.74%	7.76%	7.78%	7.80%
69	7.60%	7.60%	7.60%	7.60%	7.60%
68	7.48%	7.46%	7.44%	7.42%	7.40%
67	7.36%	7.32%	7.28%	7.24%	7.20%
66	7.24%	7.18%	7.12%	7.06%	7.00%
65	7.12%	7.04%	6.96%	6.88%	6.80%
64	6.93%	6.86%	6.79%	6.72%	6.65%
63	6.74%	6.68%	6.62%	6.56%	6.50%
62	6.55%	6.50%	6.45%	6.40%	6.35%
61	6.36%	6.32%	6.28%	6.24%	6.20%
60	6.17%	6.14%	6.11%	6.08%	6.05%

Tabelle Frauen:

Alter	2005	2006	2007	2008	2009
69	7.88%	7.86%	7.84%	7.82%	7.80%
68	7.76%	7.72%	7.68%	7.64%	7.60%
67	7.64%	7.58%	7.52%	7.46%	7.40%
66	7.52%	7.44%	7.36%	7.28%	7.20%
65	7.40%	7.30%	7.20%	7.10%	7.00%
64	7.29%	7.18%	7.07%	6.96%	6.85%
63	7.18%	7.06%	6.94%	6.82%	6.70%
62	7.07%	6.94%	6.81%	6.68%	6.55%
61	6.88%	6.76%	6.64%	6.52%	6.40%
60	6.69%	6.58%	6.47%	6.36%	6.25%
59	6.50%	6.40%	6.30%	6.20%	6.10%

Für Bruchteile eines Vorbezugsjahres werden die Ansätze pro rata temporis berechnet.