

## Antrag für einen Einkauf

Die Vorsorgebescheinigung für die Steuerbehörde wird erst nach Eingang des vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formulars erstellt.

Guthaben auf Freizügigkeitskonti und Freizügigkeitspolicen werden vom maximal möglichen Einkaufsbetrag abgezogen. Unter Umständen wird ein Teil Ihres allfällig vorhandenen Säule 3a-Guthabens am Einkaufsbetrag angerechnet. Damit wir die maximale Einkaufssumme in Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen berechnen können, benötigen wir die untenstehenden Informationen.

### Versicherte Person

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ:
Arbeitgeber:	Ort:
AHV-Nr. (13-stellig):	Telefon:
Versicherten-Nr.:	E-Mail:

**1 Welchen Betrag möchten Sie als freiwilligen Einkauf leisten?** CHF: \_\_\_\_\_

**2 Haben Sie Freizügigkeitsguthaben der 2. Säule, die Sie noch nicht eingebracht haben?** Ja Nein

Wenn ja, wie hoch ist die aktuelle gesamte Summe (Konto + Depot)? CHF: \_\_\_\_\_  
Bitte aktuelle Auszüge beilegen.

**3 Haben Sie Vorbezüge für Wohneigentum getätigt und noch nicht zurückbezahlt?** Ja Nein

**4 Sind Sie selbständig erwerbend oder waren Sie dies jemals?** Ja Nein

Wenn ja, wie hoch sind Ihre Guthaben (Konto + Depot) in der Säule 3a per 31.12 des Vorjahres? CHF: \_\_\_\_\_  
Bitte aktuelle Auszüge beilegen.

**5 Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus dem Ausland zugezogen?** Ja Nein

Wenn ja, Datum des Zuzugs: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal bei einer schweiz. Vorsorgeeinrichtung versichert? Ja Nein  
Bitte aktuelle Vorsorgeausweise oder Austrittsabrechnung beilegen.

**6 Für über 55-Jährige: Haben Sie bereits eine Altersleistung bezogen?** Ja Nein

Wenn Ja, geben Sie bitte die Höhe des Kapitalbezuges oder die Höhe des Kapitals für die Finanzierung der Altersrente an. CHF: \_\_\_\_\_

**7 Verfügen Sie über eine weitere Basis- oder Zusatzvorsorge im Rahmen der beruflichen Vorsorge?** Ja Nein

Wenn Ja, bitte aktuelle Vorsorgeausweise beilegen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die von Ihnen gemachten Angaben vollständig sowie wahrheitsgetreu sind, und ermächtigen die Stiftung, bei den von Ihnen angegebenen Vorsorgeeinrichtungen allfällige weitere Informationen einzuholen.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person: \_\_\_\_\_