

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): 756.	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)? <i>Bitte aktuelle Auszüge beilegen.</i>	CHF:	_____
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? <i>Bitte aktuelle Auszüge beilegen.</i>	CHF:	_____
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? <i>Bitte aktuelle Vorsorgeausweise oder Austrittsabrechnung beilegen.</i>	Ja	Nein
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 Bestehen bei Ihrer Basisvorsorge oder einer weiteren Zusatzvorsorge Guthaben, welche angerechnet werden müssen?	Ja	Nein
Wenn Ja , bei welcher Pensionskasse und welcher Betrag? <i>Bitte aktuelle Vorsorgeausweise beilegen.</i>	Pensionskasse:	_____
	CHF:	_____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der versicherten Person: _____