

Erklärung/Bestätigung betreffend Einkauf

01/2017

Bei Eintritt in die Pensionskasse sind gemäss den gesetzlichen Bestimmungen sowohl die Austrittsleistung der früheren Vorsorgeeinrichtung als auch allfällig vorhandene weitere Guthaben bei Freizügigkeitseinrichtungen (Freizügigkeitskonten und Freizügigkeitspolice) zu übertragen, (Art. 4 Abs. 2bis FZG).

Bei Selbständigerwerbenden und ehemals Selbständigerwerbenden sind zudem die Vorsorgeguthaben der gebundenen Selbstvorsorge (die «grosse» Säule 3a bzw. die 2. Säule ersetzende 3a) zu berücksichtigen (Art. 60a BVV2). Ferner sind die Einkaufsmöglichkeiten bei einem Zuzug aus dem Ausland nach dem 1. Januar 2006 eingeschränkt (Art. 60b BVV2).

In diesem Zusammenhang bestätige ich, dass ...

1. keine Freizügigkeitskonti oder -police im Rahmen der 2. Säule bestehen
 folgende Freizügigkeitskonti oder -police im Rahmen der 2. Säule bei Freizügigkeitseinrichtungen bestehen
Bitte die Übertragung veranlassen und Auszüge beilegen

Saldo/Rückkaufswert per Einkaufszeitpunkt

Name/Adresse der Bank/Versicherung

CHF _____

CHF _____

2. Zusätzlich für Selbständigerwerbende und ehemals Selbständigerwerbende

- keine Vorsorgekonti oder -police im Rahmen der gebundenen Säule 3a bestehen
 folgende Säule 3a-Konti / -police bestehen,
Bitte die Auszüge/Steuerbescheinigungen beilegen

Saldo/Rückkaufswert per Einkaufszeitpunkt

Name/Adresse der Bank/Versicherung

CHF _____

CHF _____

3. Zuzug aus dem Ausland

- ich **nicht** innerhalb der letzten 5 Jahre aus dem Ausland zugezogen bin
 ich am _____ aus dem Ausland zugezogen bin und
 bereits früher bei einer Schweizerischen Vorsorgeeinrichtung versichert war
Bitte Versicherungsausweise und/oder Austrittsabrechnungen beilegen

4. Angaben zur Wohneigentumsförderung

- ich habe nie Freizügigkeitsleistungen für Wohneigentum ganz oder teilweise vorbezogen.
 ich habe am _____ den Betrag von CHF _____ für Wohneigentum vorbezogen.
 ich habe eine Rückzahlung WEF getätigt. Datum: _____ CHF _____

Name _____

Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Personalnummer _____

Geburtsdatum _____

Unterschrift

Ort und Datum _____

Unterschrift der zu
versichernden Person _____