

Antrag auf Einkauf in die Pensionskasse

Versicherte Person:

Name, Vorname
Sozialversicherungsnummer /
Zivilstand
Strasse, Nr. / PLZ, Wohnort

Art des Einkaufs (zutreffendes bitte ankreuzen):

- ordentlicher Einkauf in Höhe von CHF
- Wiedereinkauf nach Ehescheidung oder gerichtlicher Auslösung eingetragener Partnerschaft
- Einkauf in eine vorzeitige Pensionierung im Alter

Fragen an die versicherte Person:

1. Wurden sämtliche Freizügigkeitsleistungen eingebracht?
 - Ja
 - Nein (bitte entsprechende Kontoauszüge beilegen)
 2. Haben Sie Teile des Altersguthabens für Wohneigentum bezogen und noch nicht zurückbezahlt?
 - Ja
 - Nein
 3. Haben Sie Guthaben in Produkten der Säule 3a?
 - Ja Total Vorsorgeguthaben: CHF per
 - Nein
 4. Beziehen Sie eine Altersrente einer Schweizer Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule oder haben Sie bereits Alterskapital bezogen?
 - Ja Höhe des Alterskapitals: CHF per
 - Nein
 5. Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus dem Ausland zugezogen?
 - Ja Datum des Zuzugs:
 - Nein
- Wenn ja: Waren Sie bereits einmal bei Vorsorgeeinrichtung in der Schweiz versichert?
- Ja von – bis: Vorsorgeeinrichtung:
 - Nein

Hinweise:

Nach einem Einkauf dürfen Leistungen aus der Vorsorge innerhalb der nächsten drei Jahre nicht in Kapitalform bezogen werden.

Vor einem Einkauf müssen sämtliche Vorbezüge im Rahmen der Wohneigentumsförderung zurückbezahlt werden.

Nach Prüfung des Antrags teilt Ihnen die Vorsorgeeinrichtung die maximal mögliche Einkaufssumme mit. Sie erhalten zudem den entsprechenden Einzahlungsschein.

Die Einlagen müssen bis zum 20. Dezember eines Jahres bei der Vorsorgeeinrichtung eintreffen, damit die Steuerwirksamkeit im betreffenden Jahr gewährleistet ist.

Einkäufe werden in den überobligatorischen Teil des Altersguthabens eingebaut. Zahlungen, welche die maximale Einkaufssumme übersteigen, werden zinslos zurückerstattet.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen die versicherte Person, dass Sie sämtliche Fragen wahrheitsgemäss beantwortet hat. Entsprechen die Angaben nicht den tatsächlichen Verhältnissen, lehnt die Vorsorgeeinrichtung jede Haftung ab.

Ort, Datum: Unterschrift versicherte Person: