

Bestätigung für freiwilligen Einkauf

(Dieses Formular ist von der versicherten Person auszufüllen)

1. Versicherte Person

Name _____
Vorname _____
Strasse / Nr. _____
Land, PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____

2. Bezug für Wohneigentumsförderung

Haben Sie bei einer Freizügigkeits- oder Vorsorgeeinrichtung einen Bezug für Wohneigentumsförderung geltend gemacht und diesen noch nicht zurückbezahlt?
 ja nein
falls ja, bitte Höhe des Vorbezugs angeben CHF per
Bei welcher Freizügigkeits- oder Vorsorgeeinrichtung?

3. Erklärung über Freizügigkeitsansprüche (2. Säule)

Besitzen Sie Freizügigkeitsguthaben (Freizügigkeitskonto/-Police) oder Vorsorgeguthaben aus früheren Arbeitsverhältnissen, die Sie noch nicht in die Vorsorgeeinrichtung eingebracht haben?
 ja nein
falls ja, bitte Höhe des Gesamtguthabens angeben CHF per
Kopie des Freizügigkeitskontos und/oder Freizügigkeitspolice beilegen

4. Zuzug aus dem Ausland

Sind Sie in den letzten fünf Jahren aus dem Ausland zugezogen?
 ja nein
falls ja – Zuzug per

Haben Sie schon einmal, vor dem Zuzug aus dem Ausland, in der Schweiz Beiträge für die berufliche Vorsorge (Pensionskasse) geleistet?
 ja nein
falls ja, wann wurden die Beiträge entrichtet

5. Zusätzlich für ehemals Selbständigerwerbende ab 1.1.1985

Haben Sie während der Zeit als Selbständigerwerbender in der Säule 3a an Stelle der 2. Säule vorgesorgt?
 ja nein
falls ja, bitte Höhe des Gesamtguthabens angeben CHF per

bitte wenden

6. Erklärung im Zusammenhang mit einer bereits erfolgten (Teil-) Pensionierung

Beziehen Sie bereits eine Altersleistung in Form von Rente oder haben Sie Altersleistungen in Form von Kapital bezogen?

ja nein

falls ja, bitte Bescheinigung über den Leistungsbezug beilegen

7. Gewünschter Einkauf

Bitte tragen Sie nachstehend den gewünschten freiwilligen Einkaufsbetrag für das laufende Jahr ein:

Betrag CHF

8. Bestätigungen

- Ich habe das „Merkblatt freiwilliger Einkauf“ erhalten und zur Kenntnis genommen.
- Ich bin mir bewusst, dass die steuerliche Geltendmachung von freiwilligen Einkaufssummen in meinem Verantwortungsbereich liegt.
- Ich bestätige, dass eine Unterlassung oder eine Ungenauigkeit der gesetzlich erforderlichen Angaben steuerliche Folgen hat, für die ich alleine die Verantwortung trage.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person