avanea | CH

Antrag für einen freiwilligen Einkauf

Arbeitgeberdaten

Firmenname_____ Vertrag Nr._____

Angaben zur versicherten Person

Name_____ Vorname_____

Adresse_____

Geburtsdatum_____ SV-Nr. 756._____

Fragen an die versicherte Person

1. Haben Sie noch eine Freizügigkeitsleistung bei der bisherigen Pensionskasse? ○Ja ○Nein
   Wenn ja, Betrag in CHF_____ per_____
2. Haben Sie einmal einen WEF-Vorbezug getätigt und diesen noch nicht zurückbezahlt? ○ Ja ○Nein
   Wenn ja, Betrag in CHF_____ per_____
3. Besitzen Sie eine oder mehrere Freizügigkeitspolicen und/oder Freizügigkeitskonti? ○Ja ○Nein
   Wenn ja, Betrag in CHF_____ per_____
4. Besitzen Sie eine oder mehrere gebundene Vorsorgeprodukte der Säule 3a, bei der Sie in der Vergangenheit Beiträge einzahlten, welche die maximalen Beiträge eines unselbstständig erwerbenden Arbeitnehmers übersteigen – sogenannter «grosser Abzug»? ○Ja ○Nein
   Wenn ja, Betrag in CHF_____ per_____
5. Besitzen Sie eine oder mehrere gebundene Vorsorgeprodukte der Säule 3a, bei der Sie bereits zwischen dem 18. und 24. Altersjahr Beiträge einbezahlt haben? ○Ja ○Nein
   Wenn ja, Betrag in CHF_____ per_____
6. Sind Sie innerhalb der letzten fünf Jahre aus dem Ausland zugezogen? ○Ja ○Nein
   Wenn Ja, wann sind Sie zugezogen? Per_____
   Wenn Ja, waren Sie bereits früher bei einer Schweiz. Vorsorgeeinrichtung versichert? ○Ja ○Nein
7. Beziehen Sie bereits eine Altersrente von einer Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule oder haben Sie bereits ein Alterskapital bezogen? ○Ja ○Nein
   Wenn Ja, bitte entsprechende Unterlagen beilegen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie sämtliche Fragen wahrheitsgemäss beantwortet haben. Entsprechen die Angaben nicht den tatsächlichen Verhältnissen, lehnt die Avanea Pensionskasse jede Haftung ab. Die steuerliche Abzugsfähigkeit eines Einkaufes richtet sich in jedem Fall nach den Bestimmungen des Bundes und der Kantone. Bitte beachten Sie ausserdem, dass Einkäufe und die daraus resultierenden Leistungen während 3 Jahren nicht in Kapitalform ausbezahlt werden dürfen.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift der versicherten Person**