

# Freiwilliger Einkauf

Firma \_\_\_\_\_

## Angaben zur versicherten Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Einkaufsbetrag: CHF \_\_\_\_\_

Wünschen Sie die Berechnung

- des Einkaufs in die reglementarischen Altersleistungen?  ja  nein
- des Auskaufs der Kürzung bei vorzeitiger Pensionierung?  ja  nein
  - Alter 64  Alter 63  Alter 62  Alter 61
  - Alter 60  Alter 59  Alter 58
- des Auskaufs der Kürzung infolge Bezugs einer AHV-Überbrückungsrente?  ja  nein

Haben Sie in der Vergangenheit einen Vorbezug für Wohneigentum getätigt und noch nicht zurückbezahlt?  ja  nein

Wenn ja, bitte Datum des Vorbezugs und Summe bekannt geben

Datum \_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_

Verfügen Sie über andere Freizügigkeitskonten oder -policen?  ja  nein  
(bitte Auszüge einreichen)

Saldo/Rückkaufswert per 31.12. des Vorjahres \_\_\_\_\_

Name/Adresse der Bank bzw. Versicherung \_\_\_\_\_

### Zuzug aus dem Ausland

Sind Sie nach dem 1. Januar 2006 aus dem Ausland zugezogen?  ja  nein

Wenn ja, wann?

Datum \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits früher bei einer schweizerischen Vorsorgeeinrichtung versichert?  
(Kopien von Versicherungsausweisen und Austrittsabrechnungen beilegen)  ja  nein

### Angaben nur für ehemalige selbstständig Erwerbende

Besteht ein Vorsorgekonto oder eine Vorsorgepolice im Rahmen der gebundenen Säule 3a?  ja  nein

Saldo/Rückkaufswert per 31.12. des Vorjahres \_\_\_\_\_

Name/Adresse der Bank bzw. Versicherung \_\_\_\_\_

### Angaben bei Bezug einer Altersrente oder Kapitalisierung der Altersrente

Beziehen Sie bereits eine Altersrente?  ja  nein

Haben Sie die Altersrente oder einen Teil davon kapitalisiert?  ja  nein

Datum der vorzeitigen (Teil-)Pensionierung \_\_\_\_\_

Höhe der Altersrente \_\_\_\_\_

Höhe des ausbezahlten Kapitals \_\_\_\_\_

**Ich bestätige hiermit, dass sämtliche Angaben wahrheitsgetreu, vollständig und korrekt sind und dass ich das Merkblatt zum Einkauf gelesen und zur Kenntnis genommen habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person

Geschäftsstelle  
Postfach  
8152 Glattbrugg