Antrag zur Einkaufsberechnung  
(Bitte füllen Sie für jeden gewünschten Einkauf ein Formular aus)

**Gesetzliche Hinweise zu Einkäufen**

* Damit die maximale Einkaufssumme gemäss den gesetzlichen Bestimmungen berechnet und anschliessend Ihr freiwilliger Einkauf verarbeitet werden kann, sind uns vorgängig die folgenden Fragen vollständig zu beantworten und die Richtigkeit der Angaben zu bestätigen.
* Für jeden einzelnen geplanten Einkauf muss das Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet eingereicht werden.
* Ein Einkauf ist erst möglich, wenn allfällige Vorbezüge im Rahmen der Wohneigentumsförderung (WEF)   
  der 2. Säule vollständig zurückbezahlt worden sind.
* Die aus Einkäufen resultierenden reglementarischen Leistungen dürfen innerhalb der nächsten 3 Jahre nicht in Kapitalform bezogen werden.
* Die steuerliche Abzugsfähigkeit von Einkäufen wird von der zuständigen Steuerbehörde beurteilt.   
  Die PK SBV hat auf diesen Entscheid keinen Einfluss und übernimmt diesbezüglich keine Haftung.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Angaben Unternehmen | Arbeitgeber | | |
|  |  | | |
|  |  | |  |
| Angaben Versicherter | Name | | Vorname |
|  |  | |  |
|  | Strasse / Nr. / Zusatz | | PLZ / Ort (Land) |
|  |  | |  |
|  | Geburtsdatum Zivilstand | | Sozialversicherungsnummer |
|  |  | |  |
|  | E-Mail für Rückfragen | | Telefonnummer für Rückfragen |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **Antrag** | Ich beantrage einen Einkauf/Rückzahlung per | | |
|  | Einkaufsberechnung (max. mögliche Einkaufssumme)  für den Einkauf in den Vorsorgeplan (Konto 1)*Einkäufe sind nur möglich nach vollständiger Rückzahlung  von**getätigten Vorbezügen (Vorsorgeausgleich / WEF)*  für die vorzeitige Pensionierung (Konto 2)*Ein Einkauf für die vorzeitige Pensionierung kann erst getätigt werden nach vollständigem Einkauf im Konto 1* Gewünschtes Pensionierungsdatum (gem. Reglement ab Alter 58 möglich)  Rückzahlung Vorsorgeausgleich aus Ehescheidung  (wenn zutreffend, weiter bei "Herkunft der Mittel")  Rückzahlung Vorbezug WEF  (wenn zutreffend, weiter bei "Herkunft der Mittel") | | |
| Zuzug aus dem Ausland | Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus dem Ausland zugezogen? | | |
| Nein | Ja (bitte Zuzugsdatum ergänzen)  Zuzug in die Schweiz am | |
| Waren Sie früher schon bei einer schweizerischen Vorsorgeeinrichtung  im Rahmen der 2. Säule versichert? | | |
| Nein | Ja (bitte Versicherungsdauer und  Name der Vorsorgeeinrichtung ergänzen)  Versicherungsdauer  von bis    Name der Vorsorgeeinrichtung | |
|  |  | |  |
| Vorbezug Wohneigentum | Haben Sie jemals Vorbezüge (aus Vorsorge- und/oder Freizügigkeitseinrichtungen) getätigt, die Sie noch nicht vollständig zurückbezahlt haben? | | |
|  | Nein | Ja (wenn ja, bitte Höhe und letztes Bezugsdatum ergänzen)  Summe offener Vorbezug ich CHF  Letztes Bezugsdatum | |
|  |  | |  |
| Freizügigkeitsanspruch aus 2. Säule | Besitzen Sie Freizügigkeitsguthaben (Vorsorge- und/oder Freizügigkeitseinrichtungen), die Sie noch nicht in die PK SBV eingebracht haben? | | |
|  | Nein  Ja (wenn ja, bitte folgende Angaben ergänzen) | | |
|  | Name der Vorsorge- und/oder  Freizügigkeitseinrichtung | | PLZ / Ort |
|  |  | |  |
|  | per letztem Stichtag | | Totalbetrag in CHF |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| Selbständige  Erwerbstätigkeit | Waren Sie seit dem 01.01.1985 jemals selbständig?  Nein  Ja Wenn Sie während der Selbstständigkeit in die Säule 3a  (gebundene Vorsorge) einbezahlt haben, bitte folgende  Angaben ergänzen. | | |
|  | Name, Adresse der Säule 3a Einrichtung | | |
|  |  | | |
|  | per letztem Stichtag | | Totalbetrag in CHF |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| Herkunft der Mittel | Die finanziellen Mittel für die Einlage stammen | | |
| Diese Information ist notwendig für die Bescheinigung über Vorsorgebeiträge zuhanden der Steuerbehörde | aus privaten Mitteln  vom Arbeitgeber  aus Übertrag von Freizügigkeitsguthaben aus 2. Säule  aus Übertrag von Guthaben aus der Säule 3a | | |
|  |  | |  |
| Unterschriften | Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben. | | |
|  | Ort, Datum | | Unterschrift Versicherte(r) |
|  |  | |  |