

## ANTRAG AUF BERECHNUNG DER MAXIMALEN EINKAUFSSUMME

Angeschlossenen Unternehmen: ..... Vertrags-Nr.: .....

### Persönliche Daten des/der Versicherten

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

AHV-Nr.: ..... Geschlecht:  M  F

Adresse: .....

Tel. privat/mobil: ..... E-Mail: .....

Zivilstand, seit dem: .....  ledig  verheiratet  geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft  Partnerschaft aufgelöst  verwitwet

### Informationen über die Guthaben und Leistungen der 2. Säule

- Mussten Sie Ihre Austrittsleistung infolge einer Scheidung teilen?  ja  nein
- Haben Sie einen Vorbezug für den Erwerb von Wohneigentum getätigt, den Sie noch nicht zurückgezahlt haben?  ja  nein
- Haben Sie schon von einer anderen Vorsorgeeinrichtung eine Altersleistung/Scheidungsrente bezogen oder beziehen Sie derzeit eine?  ja  nein
- Besitzen Sie ein oder mehrere Freizügigkeitskonten oder -policen?  ja  nein  
**Wenn ja**, lassen Sie uns bitte die aktuellen Kontoauszüge zukommen.

### Informationen über Guthaben der Säule 3a

Haben Sie nach dem 1. Januar 1985 eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeführt?  ja  nein

Falls ja, haben Sie während dieser Zeit in die Säule 3a einbezahlt?  ja  nein

Falls ja, senden Sie uns bitte einen Kontoauszug mit dem Saldo/Rückkaufswert der Police per 31.12.

### Zusätzliche Angaben bei Zuzug aus dem Ausland

- Sind Sie in den letzten fünf Jahren aus dem Ausland zugezogen?  ja  nein  
**Wenn ja**, Datum der Ankunft in der Schweiz:
- Waren Sie vor Ihrem Wegzug ins Ausland bereits bei einer Vorsorgeeinrichtung in der Schweiz versichert?  ja  nein  
**Wenn ja**, legen Sie bitte Ihren letzten Versicherungsausweis und/oder die Austrittsabrechnung bei.

Bitte beachten Sie, dass die verlangten Beilagen zwingend Ihrem Antrag beizulegen sind, da wir Ihnen andernfalls die maximale Einkaufssumme nicht mitteilen können.

Es ist Ihre Sache, vorweg bei der zuständigen Steuerbehörde die Abzugsfähigkeit Ihrer Einzahlung abzuklären. **Die Stiftung garantiert keinesfalls die steuerliche Abzugsfähigkeit der Einkäufe von Beitragsjahren.**

Ort und Datum : ..... Unterschrift des Arbeitnehmers : .....