

Selbstdeclaration für einen Einkauf in die berufliche Vorsorge

Angaben zur versicherten Person

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
AHV-Nummer _____
Aktueller Jahreslohn CHF _____
Gewünschter Einkaufsbetrag CHF _____ (falls zutreffend)

1. Verfügen Sie über Guthaben auf Freizügigkeitskonten oder –policen?

- Ja
 Nein

Falls ja, bitte aktuelle Auszüge aller Freizügigkeitskonten oder –policen beilegen

2. Verfügen Sie über Guthaben in der Säule 3a?

(Wir benötigen diese Informationen, da Guthaben in der Säule 3a bei Übersteigen eines gewissen Wertes den Einkaufsbetrag reduzieren können.)

- Ja
 Nein

Falls ja, bitte Auszüge der Säule 3a-Konti bzw. Rückkaufswerte der Versicherungspolicen per Ende Vorjahr beilegen

3. Haben Sie Wohneigentumsvorbezüge (WEF) getätigt und diese noch nicht vollumfänglich zurückbezahlt?

- Ja
 Nein

Falls ja, bitte sämtliche Belege der Vorbezüge und Rückzahlungen beilegen

4. Beziehen Sie bereits eine Altersleistung aus der beruflichen Vorsorge oder haben Sie bereits Kapital bezogen?

- Ja
 Nein

Falls ja, bitte Renten- oder Kapitalauszahlungsbescheid beilegen

5. Haben Sie innerhalb der letzten fünf Jahre Ihren Wohnsitz vom Ausland in die Schweiz verlegt?

- Ja
 Nein

Falls ja, Kopie der Anmeldung bei der Wohngemeinde beilegen

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass die aus einem freiwilligen Einkauf resultierenden Leistungen innerhalb der nächsten drei Jahre nicht in Kapitalform bezogen werden dürfen. Das bedeutet, dass Sie den entsprechenden verzinsten Betrag innerhalb dieser Frist bei einem Vorbezug für Wohneigentum, bei einer Kapitalauszahlung bei Pensionierung oder bei einer Barauszahlung bei Austritt nicht in Kapitalform beziehen können.

Sie können den mit einer Einmaleinlage vorgenommenen Einkauf in der Regel vom steuerbaren Einkommen abziehen. Über die steuerliche Abzugsfähigkeit entscheidet die zuständige Steuerbehörde. Bitte beachten Sie, dass der Arbeitnehmer-Einkauf zwingend vom Privatkonto der versicherten Person überwiesen werden muss.

Die versicherte Person bestätigt, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Ort / Datum

Unterschrift der versicherten Person