

# Einkauf in die Vorsorgeeinrichtung

## Gesetzliche Bestimmungen

Wechselt eine versicherte Person ihre Stelle und tritt in die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers ein, so sind sowohl die Austrittsleistung als auch allfällige weitere Guthaben der früheren Vorsorgeeinrichtung an die neue Kasse zu überweisen (Art. 4 Abs. 2<sup>bis</sup> FZG). Seit 1. Januar 2006 sind solche Freizügigkeitsleistungen, auch wenn sie nicht der Übertragungspflicht unterliegen, d.h. unabhängig vom Stellenwechsel sind, den freiwilligen Einkaufsleistungen anzurechnen. Bei ehemaligen Selbstständigerwerbenden sind darüber hinaus in bestimmtem Umfang auch die Vorsorgeguthaben der gebundenen Selbstvorsorge (Säule 3a) zu berücksichtigen (Art. 60a BVV2). Zu beachten ist des Weiteren, dass die Einkaufsmöglichkeiten bei einem Zuzug aus dem Ausland nach dem 1. Januar 2006 gewissen Beschränkungen unterliegen (Art. 60b BVV2).

**WÄHREND DER VORPENSIONIERUNG IST KEIN EINKAUF MEHR MÖGLICH.**

## 1. ANGABEN ZUR VERSICHERTEN PERSON

Name/Vorname: .....

Adresse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Geburtsdatum: ..... ☎: .....

## 2. ALLGEMEINE VERSICHERUNGSANGABEN

Haben Sie ein Freizügigkeitskonto oder eine Freizügigkeitspolice, deren Austrittsleistung noch nicht an die CAPAV überwiesen worden ist?

ja, Betrag: ..... (die Überweisung ist obligatorisch)  nein

Sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus dem Ausland in die Schweiz gezogen?

ja, Datum der Wohnsitznahme in der Schweiz: .....  nein

Falls ja, waren Sie bereits einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung in der Schweiz angeschlossen?

ja (bitte eine Kopie Ihres letzten Versicherungsausweises beilegen)  nein

Waren Sie selbstständigerwerbend?

ja  nein

Falls ja, besitzen Sie ein oder mehrere Konten/Policen im Rahmen der Säule 3a?

ja (bitte Auszüge oder Angaben über aktuellen Einkaufswert beilegen)  nein

Sind Sie derzeit aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig?

ja  nein

Haben Sie bereits einen Bezug für die Wohneigentumsförderung erhalten?

ja, Betrag: .....  nein

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

.....

.....