

Einkauf

Versicherte Person

Vorname Geburtsdatum

Name AHV-Nummer

E-Mail

Bitte teilen Sie mir die Einkaufslimite per E-Mail mit. ja nein

Selbstdeklaration – bitte beantworten Sie alle Fragen

1. Bezug Altersleistungen: Ich beziehe bereits Altersleistungen von einer anderen Vorsorgeeinrichtung (wenn ja, bitte Kopie der Pensionierungsbestätigung beilegen)

ja nein

2. Freizügigkeitskonti oder –policen: Guthaben auf Freizügigkeitskonti und Freizügigkeitspolicen werden vom maximal möglichen Einkaufspotenzial abgezogen.

Es existieren **keine** Freizügigkeitskonti oder –policen im Rahmen der 2. Säule.

Es bestehen Freizügigkeitskonti / -policen im Rahmen der 2. Säule (bitte aktuelle Auszüge beilegen)

3. Säule 3a: Ich bin einer **selbständigen** Erwerbstätigkeit nachgegangen und habe während dieser Zeit Beträge zugunsten der Säule 3a einbezahlt (wenn ja, legen Sie bitte die aktuellen Auszüge der Säule 3a-Konti bei)

ja nein

4. Vorbezug: Ich habe einen Vorbezug für Wohneigentum getätigt und noch nicht zurückbezahlt (wenn ja, bitte Belege von sämtlichen Vorbezügen und Rückzahlungen beilegen)

ja nein

5. Scheidung: Ich habe einen Bezug infolge Ehescheidung / Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft getätigt und möchte mich im Rahmen der übertragenen Austrittsleistung wieder einkaufen (wenn ja, bitte Kopie des entsprechenden Gerichtsurteils beilegen)

ja nein

Ich habe nach dem Scheidungsbezug bereits bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung Einkäufe getätigt im Umfang von CHF

Personalvorsorgestiftung der IBM (Schweiz)

6. Wohnsitz (nur ausfüllen, wenn Sie aus dem Ausland zugezogen sind)

Ich lebe in der Schweiz seit

Ich bin in einer Schweizer Vorsorgeeinrichtung versichert seit

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und nehme zur Kenntnis, dass **die steuerliche Geltendmachung eines persönlichen Einkaufs bzw. die Abklärungen bezüglich der steuerlichen Abzugsfähigkeit in meiner Verantwortung liegt**. Zudem anerkenne ich die Reglementsbestimmungen der Personalvorsorgestiftung der IBM (Schweiz).

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der versicherten Person