Tellco pk
Bahnhofstrasse 4
6431 Schwyz

+41 58 442 50 00
service@tellcopk.ch
tellco-pk.ch

Antrag für einen Einkauf in die Pensionskasse

Arbeitgeber		**Vertrags-Nr.**	

Personalien

	☐ Herr	☐ Frau	
Nachname		Vorname	
Strasse		PLZ, Ort	
Telefon		E-Mail	
Geburtsdatum		Vers.-Nr.	

Einkäufe werden erst nach Eingang des vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formulars verarbeitet!
Guthaben auf Freizügigkeitskonti und Freizügigkeitspolicen werden vom maximal möglichen Einkaufsbetrag abgezogen. Unter Umständen wird ein Teil Ihres allfällig vorhandenen Säule 3a-Guthabens am Einkaufsbetrag angerechnet. Bitte beachten Sie, dass nach einem freiwilligen Einkauf die gesamte Freizügigkeitsleistung innerhalb der nächsten 3 Jahre nicht in Kapitalform bezogen werden darf*.

1. Bestehen auf Ihren Namen Freizügigkeitskonti, Freizügigkeitspolicen oder andere Vorsorgeversicherungen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, bitte aktuelle Auszüge sämtlicher Konti, Policen oder Vorsorgeversicherungen beilegen.

2. Haben Sie schon einmal bei einer Pensionskasse oder von einem Freizügigkeitskonto einen Vorbezug für Wohneigentum gemacht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja:	Datum des Vorbezugs		Summe	

Wurde der Vorbezug ganz oder teilweise zurückgezahlt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja:	Datum der Rückzahlung		Summe	

3. Beziehen oder bezogen Sie Altersleistungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja:	Name der Vorsorgeeinrichtung	
	Adresse	
	Telefonnummer	

4. Waren Sie schon einmal selbständig erwerbend? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, bestehen aus dieser Zeit Vorsorgekonti oder -policen im Rahmen der 3. Säule? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn Ja, bitte aktuelle Auszüge und Steuerbestätigungen sämtlicher Vorsorgekonti und -policen beilegen

5. Sind Sie nach dem 01.01.2006 aus dem Ausland zugezogen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja:	Datum des Zuzugs	

Waren Sie vorher schon einmal bei einer schweizerischen Vorsorgeeinrichtung versichert? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn Ja, bitte Versicherungsausweise oder Austrittsabrechnung beilegen.

Nach Eingang und Prüfung des Antrags wird Ihnen der entsprechende Einzahlungsschein für den Einkauf zugestellt.

Unterschriften

Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäss beantwortet habe.

Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person

*Für steuerrechtliche Folgen ist der Versicherte alleine verantwortlich.