

## Formular "Einkauf in die freiwillige berufliche Vorsorge"

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen ist Agrisano Prevos verpflichtet, bei jedem Einkauf erneut die vorhandenen Vorsorgeguthaben der verschiedenen Vorsorge- und Freizügigkeitseinrichtungen zusammenfassend zu betrachten und die nachstehenden Angaben zu erheben:

### Ich bestätige, dass

1.  ich über keine Freizügigkeitskonti oder -policen aus früheren Angestelltenverhältnissen verfüge.  
 ich über folgende Freizügigkeitskonti oder -policen aus früheren Arbeitsverhältnissen verfüge.

**(Auszüge/Policen bitte beilegen)**

Saldo/Rückkaufswert per 31.12.2013	Name der Bank oder Versicherung

2.  ich nebst Agrisano Prevos, keiner weiteren Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule angeschlossen bin (z. B. Anschluss an eine Pensionskasse auf Grund eines Arbeitsverhältnisses).  
 ich nebst Agrisano Prevos, folgender/en Vorsorgeeinrichtung/en der 2. Säule angeschlossen bin.

**(Ausweise bitte beilegen)**

Freizügigkeitsleistung per 31.12.2013	Name Arbeitgeber oder Pensionskasse	Arbeitspensum

3.  ich über keine Vorsorgekonti oder -policen der Säule 3a (gebundene Vorsorge) verfüge.  
 ich über folgende Säule 3a-Konti und/oder -policen verfüge. **(Auszüge bitte beilegen)**

Saldo/Rückkaufswert per 31.12.2013	Name der Bank oder Versicherung

4.  in der Vergangenheit keine Vorbezüge für Wohneigentumsförderung (WEF) getätigt wurden.  
 aktuell Vorbezüge für Wohneigentumsförderung (WEF) bestehen und noch nicht vollständig zurückbezahlt sind. **(Bitte Belege von sämtlichen Vorbezügen und Rückzahlungen beilegen)**

5. Sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus dem Ausland zugezogen?  Ja  Nein

**Falls ja, Datum des Zuzuges:** \_\_\_\_\_

Waren Sie vor dem Wegzug ins Ausland bereits einer schweizerischen Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule angeschlossen?  Ja  Nein

**Wenn ja, bitte Versicherungsausweis(e) und/oder Austrittsabrechnung(en) beilegen.**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 AHV-Nr. / SN \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Die versicherte Person bestätigt, das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.**

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Formular einsenden an: Agrisano Prevos, Laurstrasse 10, 5201 Brugg**

