

## Erklärung/Bestätigung zuhanden der Ituma Personalvorsorgestiftung

### betreffend freiwilligem Einkauf in die Vorsorgeeinrichtung

Seit 1. Januar 2006 gelten restriktive gesetzliche Bestimmungen über den Einkauf in die berufliche Vorsorge. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

1. Verfügen Sie über ein Guthaben der 2. Säule bei einer Freizügigkeitseinrichtung (Bank und/oder Versicherung?) Ja  Nein

*Wenn ja*, benötigen wir eine aktuelle Bescheinigung des Kontostandes.

**Seit 01.01.2006 sind solche Freizügigkeitsguthaben an freiwillige Einkaufsleistungen anzurechnen.**

2. Waren Sie in der Vergangenheit einmal selbständig erwerbstätig? Ja  Nein

*Wenn ja*, haben Sie während dieser Zeit Einzahlungen in die gebundene Vorsorge der Säule 3a gemacht? Ja  Nein

*Wenn ja*, benötigen wir eine Bescheinigung sämtlicher Guthaben in der gebundenen Säule 3a per Ende des Vorjahres.

Übersteigt das Guthaben einen vom Bundesamt für Sozialversicherungen BSV festgelegten Grenzwert, muss seit dem 01.01.2006 der überschüssende Teil an die Einkaufssumme angerechnet werden.

3. Haben Sie je einen **Vorbezug für Wohneigentum** getätigt und diesen noch nicht vollständig zurückbezahlt? Ja  Nein

Ein weiterer Einkauf ist erst wieder zulässig, wenn der Vorbezug vollständig zurückbezahlt wurde.

4. Sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus dem **Ausland** zugezogen? (gilt auch für Schweizer Staatsangehörige) Ja  Nein

*Wenn ja*, Datum des Zuzuges: .....

Waren Sie früher bereits bei einer Schweizerischen Vorsorgeeinrichtung versichert? Ja  Nein

*Wenn ja*, bitten wir Sie um Zustellung der Versicherungsausweis(e) und/oder Austrittsabrechnung(en).

**Wichtig:** Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die durch den Einkauf erzielten erhöhten Versicherungsleistungen erst nach Ablauf von drei Jahren nach Zahlungseingang in Kapitalform bezogen werden können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Name: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

Ort/Datum: .....

Unterschrift der versicherten Person: .....