

Erklärung/Bestätigung

Zuhanden der GEPABU, Schwarztorstrasse 26, 3007, Bern
betreffend

Einkauf in die Vorsorgeeinrichtung

1. Freizügigkeitskonti/-policen

Ich bestätige, dass

- keine Freizügigkeitskonti oder -policen im Rahmen der 2. Säule existieren
- folgende Freizügigkeitskonti/-policen im Rahmen der 2. Säule bei Freizügigkeitseinrichtungen bestehen

| Saldo/Rückkaufswert am 31.12. des Vorjahres | Name/Adresse Bank/Versicherung |
|---|--------------------------------|
| | |
| | |

2. Vorbezug Wohneigentumsförderung

Ich bestätige, dass

- ich keinen Vorbezug im Rahmen der Wohneigentumsförderung (WEF) getätigt habe
- Ich bei einer Vorsorgeeinrichtung und/oder bei einer Freizügigkeitseinrichtung aus Mitteln der beruflichen Vorsorge einen Vorbezug für die Wohneigentumsförderung (WEF) getätigt habe, der bis heute noch nicht vollständig zurückbezahlt ist

3. Konti/Policen Säule 3a (bei selbständiger oder ehemals selbständiger Erwerbstätigkeit auszufüllen)

Ich bestätige, dass

- keine Vorsorgekonti oder -policen im Rahmen der gebundenen Säule 3a bestehen
- folgende Säule 3a-Konti/Policen bestehen

| Saldo/Rückkaufswert am 31.12. des Vorjahres | Name/Adresse Bank/Versicherung |
|---|--------------------------------|
| | |
| | |

4. Zuzug aus dem Ausland (in jedem Fall auszufüllen)

Ich bestätige, dass

- ich nicht innerhalb der letzten 5 Jahre aus dem Ausland zugezogen bin
- ich am _____ zugezogen bin und
- ich bereits früher bei einer Schweizerischen Vorsorgeeinrichtung versichert war (bitte Versicherungsausweise und/oder Austrittsabrechnungen beilegen)

5. Altersleistungen (auszufüllen von Personen, die das 55. Altersjahr vollendet haben)

Ich bestätige, dass

- ich keine Altersleistungen beziehe oder bezogen habe
- ich folgende Altersleistungen beziehe oder bezogen habe (bitte Bescheinigung der Vorsorgeeinrichtung beilegen):

| Altersguthaben beim Rücktritt (gemäss Bescheinigung) | Name/Adresse der Vorsorgeeinrichtung |
|--|--------------------------------------|
| | |

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person: _____