

Konto Nr.*: _____

Bitte in Druckschrift ausfüllen und das Original an folgende Adresse senden:
Stiftung für individuelle Vorsorge Pictet (3. Säule A) – Route des Acacias 60 – 1211 Genf 73

Bei Fragen können Sie uns gerne telefonisch oder per E-Mail kontaktieren:
Tel. 058/323.29.60 – E-Mail: vorsorge@pictet.com

VORSORGENEHMER/IN (NACHSTEHEND DER „VORSORGENEHMER“)

Frau Herr

Name*: _____ Vorname/n*: _____

AHV-Nr.*: _____ Geburtsdatum*: _____

Strasse + Nr.*: _____ PLZ/Ort*: _____

Tel. privat/mobil*: _____ Telefon Geschäft: _____

E-Mail-Adresse*: _____

* Pflichtangaben

BEANTRAGTE EINKÄUFE

Jahr des Einkaufs (möglich ab 2025)

Betrag des Einkaufs

Gesamtbetrag des Einkaufs: _____

Haben Sie im Einkaufsjahr bereits den maximal zulässigen abzugsfähigen Betrag einbezahlt?

Ja Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte die entsprechenden Beitragsbescheinigungen bei.

Haben Sie in den Jahren, für die eine Beitragslücke ausgeglichen werden soll, ein AHV-pflichtiges Einkommen erwirtschaftet?

Ja Nein

Haben Sie in der Vergangenheit bereits Einkäufe getätigt?

Ja Nein

Wenn ja, für welches Jahr bzw. welche Jahre? _____

Haben Sie bereits Altersleistungen nach Art. 3 Abs. 1 BVV3 bezogen?

Ja Nein



Der Vorsorgenehmer beantragt bei der Stiftung, einen Einkauf wie oben angegeben tätigen zu dürfen. Hat der Vorsorgenehmer in dem Jahr, für das eine Beitragslücke ausgeglichen werden soll, einen Betrag eingezahlt, der niedriger ist als der für Mitglieder einer Pensionskasse maximal zulässige abzugsfähige Betrag, muss er einen Nachweis für die geleisteten Zahlungen erbringen. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, genehmigt die Stiftung den Einkauf in Höhe des Gesamtbetrags und teilt dies dem Vorsorgenehmer per Post mit. Die Stiftung garantiert nicht die steuerliche Abzugsfähigkeit des eingezahlten Betrags.

Der Vorsorgenehmer bestätigt, dass alle Angaben und die beigelegten Nachweise korrekt und vollständig sind. Es wird darauf hingewiesen, dass die Stiftung das Recht hat, bei Bedarf zusätzliche Überprüfungen durchzuführen. Ferner ist sie berechtigt, den Einkauf vollständig oder in der beantragten Höhe abzulehnen.

Datum: (TT/MM/JJJJ) _____

Unterschrift des Vorsorgenehmers: _____

