

Versicherte Person

Pensionskasse Rheinmetall Birchstrasse 155 CH-8050 Zürich

pk.info@rheinmetall.com Telefon 044 316 32 07

Antrag für freiwilligen Einkauf in die Pensionskasse

Nan	ne:		Vorname:		
Soz	ialversicherungs-Nr.:		Geburtsdatum:		
Stra	sse & Nr.:		PLZ & Ort:		
Frag	en an die versicherte Person				
Vorso beein Einka	ügigkeitsguthaben, welche nicht in die Pe orgeguthaben aus der gebundenen Selk iflussen Ihr persönliche Einkaufslücke aufssumme auf dem Vorsorgeausweis folgenden Fragen wahrheitsgetreu:	ostvorsorge (Sä e und muss	iule 3a) und Bezüge v nicht mit der aufge	on Alters führten r	leistungen naximalen
1.	Besitzen Sie Freizügigkeitsguthaben (F früheren Arbeitsverhältnissen, die Sie r Rheinmetall eingebracht haben?			□ Ja	□ Nein
	Wenn, ja:				
	Name & Adresse der Einrichtung:	Guthaben per 31	.12. Vorjahr:		
2.	Sind Sie zusätzlich bei einer weiteren \Bel-Etage-Vorsorgelösung) versichert?		tung (Kaderkasse,	□ Ja	□ Nein
	Wenn, ja:				
	Name & Adresse der Einrichtung:	Guthaben per 31	.12. Vorjahr:		
3.	Verfügen Sie über eine gebundene Vorbereits vor Vollendung des 24. Altersjal			□ Ja	□ Nein
	Verfügen Sie über eine gebundene Vorsorge (Säule 3a), in welche Sie als selbstständig Erwerbender oder ehemals selbständig Erwerbender Beiträge geleistet haben?		□ Ja	□ Nein	
4.	Sind Sie innerhalb der letzten fünf Jahre aus dem Ausland zugezogen? Wenn Ja, wann Sie Sie zugezogen? Wenn Ja, waren Sie bereits früher bei einer Schweizer Vorsorgeeinrichtung versichert?		□ Ja	□ Nein	
	Name & Adresse der Einrichtung:	Zuzugsdatum:			



Pensionskasse Rheinmetall Birchstrasse 155 CH-8050 Zürich

pk.info@rheinmetall.com Telefon 044 316 32 07

5.	Beziehen Sie bereits eine Altersleistung in Form von einer Rente und/oder haben Sie eine Altersleistung in Kapitalform bezogen?			□ Nein			
	Name & Adresse der Einrichtung:	Betragshöhe:					
6.	Haben Sie Mittel für Wohneigentum vorbezogen und noch nicht vollständig zurückgezahlt?			□ Nein			
	Bezugsdatum:	Offener Betrag:					
Gülti	gkeit Formular «Antrag für freiwillig	nen Finkauf in die Pensionskasse))				
Cuiti	gholt i official "Afficiag far from ing	gen Emiliar in die Fensionskasse					
Dieses Formular ist nach Unterzeichnung für ein Jahr gültig. Wenn Sie nach Ablauf dieser Jahresfrist Einkäufe vornehmen wollen, so muss ein neuer Antrag eingereicht werden.							
Best	ätigung und Unterschrift versichert	e Person:					
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dieses Antragsformular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt und die Bestimmungen zur Kenntnis genommen zu haben. Die steuerliche Abzugsfähigkeit eines Einkaufes richtet sich in jedem Fall nach den Bestimmungen des Bundes und der Kantone. Bitte beachten Sie, dass Einkäufe und die daraus resultierenden Leistungen während 3 Jahren nicht in Kapitalform ausbezahlt werden dürfen.							
Ort/I	Datum:	Unterschrift der versicherter	n Person:				