

Pensionskasse Milchwirtschaft  
c/o Ausgleichskasse Milchwirtschaft  
Wytttenbachstrasse 24  
Postfach, 3000 Bern 22  
Tel. 031 384 31 30 / Fax 031 384 31 01  
[www.imorek.ch](http://www.imorek.ch) mailto: [ahvmilch@imorek.ch](mailto:ahvmilch@imorek.ch)  
PC 30-6088-6, Ausgleichskasse Milchwirtschaft

Caisse de Pension de l'Economie Laitière  
c/o AVS Milchwirtschaft  
Wytttenbachstrasse 24  
case postale, 3000 Berne 22  
tél. 031 384 31 30 / Fax 031 384 31 01  
[www.imorek.ch](http://www.imorek.ch) mailto: [ahvmilch@imorek.ch](mailto:ahvmilch@imorek.ch)  
PC 30-6088-6, AVS Milchwirtschaft

Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

V 73

## Begehren für den Einkauf in die vollen reglementarischen Leistungen

Der Unterzeichnende ersucht die Pensionskasse um die Ermittlung der maximal möglichen Summe zum Einkauf in die vollen reglementarischen Leistungen. Zur Erläuterung verweisen wir auf das Merkblatt "Einkauf in die vollen reglementarischen Leistungen".

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

### 1. Personalien der versicherten Person

Sozialversicherungsnummer

Name, Vorname

Strasse, Nr.

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Datum der Eheschliessung / Eintragung der Partnerschaft:

2. Gewünschtes Einkaufsdatum:

### 3. Übrige Guthaben in der Vorsorge

Da Freizügigkeitsguthaben, welche nicht in die Pensionskasse eingebracht wurden, Bezüge von Altersleistungen sowie Vorsorgeguthaben der gebundenen Selbstvorsorge (Säule 3a) in bestimmtem Umfang in der Berechnung der maximal möglichen Einkaufssumme zu berücksichtigen sind, ist die versicherte Person zu deren vollständiger Angabe verpflichtet.

#### 3.1 Freizügigkeitsguthaben

Besitzen Sie Freizügigkeitsguthaben (Freizügigkeitskonto/ -police) aus früheren Arbeits- und/oder Vorsorgeverhältnissen, die Sie nicht in die Pensionskasse eingebracht haben?

JA  NEIN

Name der Freizügigkeitseinrichtung:

Guthaben per Einkaufsdatum:

CHF

CHF

### 3.2 Altersleistungen

Beziehen Sie bereits eine Altersleistung in Form von Rente oder haben als Altersleistung Kapital bezogen?

JA  NEIN (Wenn JA, bitte Bescheinigung über die Freizügigkeitsleistung im Zeitpunkt der vorzeitigen Pensionierung beilegen.)

### 3.3 Säule 3a

Besitzen Sie Vorsorgekonti oder -policen im Rahmen der gebundenen Säule 3a?

JA  NEIN (Wenn JA, bitte ausfüllen und Auszüge beilegen.)

Name und Adresse der Bank/ Versicherung:

Guthaben per Einkaufsdatum:

	CHF
	CHF
	CHF

### 4. Zuzug in die Schweiz in den letzten 5 Jahren

Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus dem Ausland in die Schweiz zugezogen?  JA  NEIN

Wenn JA, Datum der Einreise:

Wenn JA, waren Sie davor bereits einmal bei einer Vorsorgeeinrichtung in der Schweiz versichert?  JA  NEIN

Wenn JA, von wann bis wann?  (bitte Vorsorgeausweis und/oder Austrittsabrechnung beilegen)

### 5. Angaben zu bereits getätigten Vorbezügen im Rahmen der Wohneigentumsförderung

Haben Sie Mittel für Wohneigentum vorbezogen und noch nicht zurückbezahlt?

JA  NEIN (Wenn JA, bitte ausfüllen.)

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung:

Datum:

Betrag:

		CHF
		CHF
		CHF

### 6. Unterschrift

Der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass sämtliche Angaben wahrheitsgemäss, vollständig und korrekt sind sowie das Merkblatt "Einkauf in die vollen regulatorischen Leistungen" gelesen und zur Kenntnis genommen hat.

Ort / Datum

Unterschrift der versicherten Person