

Telefon 031 321 66 99
personalvorsorgekasse@bern.ch
www.pvkbern.ch
IBAN CH30 0900 0000 3077 7711 4

Personalvorsorgekasse der Stadt Bern
Laupenstrasse 10
Postfach
3001 Bern

Freiwillige Einkäufe in die Leistungen der Personalvorsorgekasse der Stadt Bern

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ Mobile-Nr. _____

WICHTIG Falsche Angaben können als Steuerumgehung ausgelegt werden. Abklärungen zur steuerlichen Abzugsfähigkeit sind Sache der versicherten Person. Die PVK übernimmt keine Gewähr.
Wird ein Einkauf getätigt, so darf in den folgenden 3 Jahren kein Kapitalbezug vorgenommen werden.

- 1. Haben Sie sämtliche Freizügigkeitsleistungen in die PVK eingebracht?** Ja Nein
Wenn nein, siehe Punkt 6 und Punkt 7 Ziff. 1
- 2. Haben Sie offene Vorbezüge im Rahmen der Wohneigentumsförderung?** Ja Nein
Wenn ja, siehe Punkt 6
Um einen Einkauf zu tätigen, müssen sämtliche WEF-Vorbezüge zurückbezahlt sein.
- 3. Sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in die Schweiz eingereist?** Ja Nein
Wenn ja, Datum der Einreise: _____ Siehe Punkt 7 Ziff. 2
- 4. Waren Sie selbstständig erwerbend?** Ja Nein
Wenn ja, haben Sie im Rahmen einer selbstständigen Erwerbstätigkeit Einzahlungen in die Säule 3a getätigt? Siehe Punkt 7 Ziff. 1
- 5. Haben Sie bereits eine Altersrente / Kapitalauszahlung der 2. Säule bezogen?** Ja Nein
Wenn ja, siehe Punkt 7 Ziff. 3

Zusätzliche Informationen

6. Benötigte Angaben (wenn Sie unter Punkt 1 mit Nein oder unter Punkt 2 mit Ja geantwortet haben)

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung(en)

7. Beizulegende Unterlagen (wenn Sie unter Punkt 1 mit Nein geantwortet haben und/oder wenn Sie unter Punkt 3, 4 und 5 mit Ja geantwortet haben)

- ¹ Kontoauszug per Ende Vorjahr
² Versicherungsausweise und/oder Austrittsabrechnungen
³ Bescheinigung der Austrittsleistung der damaligen Vorsorgeeinrichtung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben sowie Kenntnis des Merkblatts «Freiwillige Einkäufe in die Leistungen der Personalvorsorgekasse der Stadt Bern» genommen zu haben.

Ort / Datum

Unterschrift der versicherten Person