

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

Personalien

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____

HINWEIS Alle nachstehenden Punkte sind **vollständig** auszufüllen. Bitte beachten Sie auch das Merkblatt
«Freiwillige Einkäufe in die Leistungen der Personalvorsorgekasse der Stadt Bern».

1. Freizügigkeitskonti oder –policen (Art. 4 Abs. 2^{bis} FZG)

Ich bestätige keine Freizügigkeitskonti / -policen im Rahmen der 2. Säule zu besitzen.

Ich besitze Freizügigkeitskonti / -policen im Rahmen der 2. Säule (siehe Pkt. 6 und Pkt. 7 Ziff. 1).

2. Vorbezüge für Wohneigentum (Art. 79b Abs. 3 BVG)

Ich bestätige Vorbezüge bei einer früheren Vorsorgeeinrichtung getätigt zu haben, welche noch bei diesen
Vorsorgeeinrichtungen bestehen (siehe Pkt. 6).

Fr. _____ Datum _____

3. Zuzug aus dem Ausland innerhalb der letzten 5 Jahre (Art. 60b BVV2)

Ich bin am _____ aus dem Ausland zugezogen.

Ich war bereits früher bei einer Schweizerischen Vorsorgeeinrichtung versichert (siehe Pkt. 7 Ziff. 2).

4. Nur wenn früher selbständige Erwerbstätigkeiten ausgeübt wurden (Art. 60a BVV2)

Ich bestätige keine Vorsorgekonti / -policen im Rahmen der gebundenen Säule 3a zu besitzen.

Ich besitze Vorsorgekonti / -policen im Rahmen der gebundenen Säule 3a (siehe Pkt. 6 und Pkt. 7 Ziff. 1).

5. Versicherte, die das 58. Altersjahr vollendet haben (Art. 79b Abs. 1 BVG)

Ich beziehe/bezog keine Altersleistungen (als Rente oder Kapital) bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung.

Ich beziehe seit/bezog am _____ Altersleistungen bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung
(siehe Pkt. 7 Ziff. 3).

6. Benötigte Angaben

Name & Adresse der Bank / Versicherung / Vorsorgeeinrichtung

7. Benötigte Unterlagen gemäss vorgenannten Angaben (Bitte beilegen)

¹ Kontoauszug per Ende Vorjahr

² Versicherungsausweise und/oder Austrittsabrechnungen

³ Bescheinigung der Austrittsleistung von der damaligen Vorsorgeeinrichtung

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherten