

Bei Fragen kontaktieren Sie Ihre/n Kundenbetreuer/in:
Hotline • +423 239 03 00 • spl@pfsvaduz.li

Einkauf – Bestätigung der versicherten Person

Arbeitgeber

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort/Land

Geburtsdatum

Versichertennummer

E-Mail

Telefon

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden

eingetragene Partnerschaft

aufgelöste Partnerschaft

verwitwet

Fragen an die versicherte Person

Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig?

Ja

Nein

Haben Sie Freizügigkeitsguthaben, welche nicht eingebracht worden sind?

Ja

Nein

• **wenn ja:** wie hoch war die Summe per Ende des letzten Kalenderjahres?

CHF

Durch wen wird der Einkaufsbetrag finanziert?

Arbeitnehmer

Arbeitgeber

Die Stiftung übernimmt keine Verantwortung für die steuerliche Abzugsfähigkeit von Einkäufen, entsprechende Abklärungen obliegen dem Versicherten.

Informationen zum Einkauf

Vorbehalt der Rückabwicklung

- Ein Einkauf ist bis zum Eintritt eines Vorsorgefalles möglich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit wird eine Rückabwicklung des Einkaufs vorbehalten, sofern aus der Arbeitsunfähigkeit ein Vorsorgefall entsteht.
-

Steuerliche Hinweise

- Die Vorsorgeeinrichtung gibt keine Garantie für die Abzugsfähigkeit des Einkaufs und wird nachträglich keine Rückabwicklung des Einkaufs vornehmen, falls die Steuerverwaltung die Abzugsfähigkeit nicht anerkennt.
-

Administrative Hinweise

- Für die steuerliche Zuteilung zu einem Kalenderjahr ist das Valutadatum der Gutschrift auf dem Konto der Vorsorgeeinrichtung massgebend. Beachten Sie, dass Banken teilweise gegen Ende Jahr Engpässe bei der Bearbeitung von Aufträgen haben, was zu verspäteten Ausführungen führen kann.
 - Der Erhalt dieses Formulars wird durch die Vorsorgeeinrichtung nicht bestätigt. Eine Bestätigung erfolgt erst, wenn der Geldeingang verbucht werden konnte.
-

Bestätigung der versicherten Person

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet sowie die Bestimmungen und Hinweise gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben. Entsprechen die Angaben nicht den tatsächlichen Verhältnissen, lehnt die Vorsorgeeinrichtung jede Haftung ab.

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift der versicherten Person