ANTRAG ZUR BERECHNUNG DER MAXIMALEN EINKAUFSSUMME

PASSAGE ST-ANTOINE 7 | CP | CH-1800 VEVEY 1
T 021 924 87 40 | **F** 021 924 87 07
COPRE@COPRE.CH | WWW.COPRE.CH

copré
LA COLLECTIVE DE PRÉVOYANCE
DEPUIS 1974

Firma: ..... **Mitglied-Nr.:** .....

Persönliche Angaben des Versicherten

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

.....

Zivilstands: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ in eingetragener Partnerschaft ☐ aufgelöste Partnerschaft

Telefon Geschäft.: ..... Telefon privat: .....

Angaben betreffend den Guthaben und Leistungen der 2. Säule

1. Sind Sie in den Genuss eines Vorbezugs für Wohneigentumsförderung gekommen, den Sie noch nicht zurückgezahlt haben? ☐ ja ☐ nein
2. Erhielten Sie oder erhalten Sie bereits Pensionsleistungen Ihrer vorherigen Vorsorgeeinrichtung? ☐ ja ☐ nein
3. Besitzen Sie eine oder mehrere Freizügigkeitspolice(n) oder –konti? ☐ ja ☐ nein
   Falls ja, bitte legen Sie den Kontoauszug bei und vervollständigen Sie folgende Angaben

	Name und Adresse der Bank/Versicherung	**Freizügigkeitsleistung am 31.12.**
1.	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
2.	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

Angaben betreffend Guthaben der Säule 3a

1. Besitzen Sie eine oder mehrere Policen oder Konti der Säule 3a? ☐ ja ☐ nein
   Falls ja, bitte legen Sie den Kontoauszug/die steuerlichen Bestätigungen bei und vervollständigen Sie folgende Angaben

	Name und Adresse der Bank/Versicherung	**Saldo/Rückkaufswert am 31.12.**
1.	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
2.	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

Zusatzinformationen bei Ankunft aus dem Ausland

1. Sind Sie seit weniger als 5 Jahren in der Schweiz wohnhaft? ☐ ja ☐ nein
   Falls ja, Datum der Niederlassung in der Schweiz: .....
2. Waren Sie vor dem Wegzug ins Ausland bereits bei einer Vorsorgeeinrichtung in der Schweiz versichert? ☐ ja ☐ nein
   Falls ja, bitte den letzten Vorsorgeausweis oder die Austrittsabrechnung beilegen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die verlangten Beilagen unbedingt Ihrem Antrag beigelegt werden müssen. Andernfalls können wir Ihnen die maximale Einkaufssumme nicht mitteilen.

Ort und Datum: Unterschrift des/r Versicherten:

....