Terzo Vorsorgestiftung der WIR Bank
Auberg 1, 4002 Basel

Antrag zur Weitervorsorge für Erwerbstätige nach Erreichen des Referenzalters

Die männliche umfasst jeweils auch die weibliche Form sowie die Einzahl die Mehrzahl. Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen. Sämtliche Angaben sind obligatorisch. Streichungen oder Korrekturflüssigkeiten sind unzulässig.

Der unterzeichnete Vorsorgenehmer beantragt die Weiterführung des untenstehenden Säule-3a-Kontos nach dem Erreichen des Referenzalters.

Personalien

Konto Nr. _____

☐ Frau ☐ Herr

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Nationalität/en _____

AHV-Nr. _____

Sind Sie weiterhin einer Pensionskasse angeschlossen?

☐ Ja

☐ Nein

Zurücksetzen Drucken

Terzo Vorsorgestiftung der WIR Bank
Auberg 1, 4002 Basel

Der Vorsorgenehmer nimmt zur Kenntnis, dass die Altersleistungen bei Erreichen des Referenzalters fällig werden, jedoch

- der **Bezug** des Säule-3a-Guthabens **bis höchstens fünf Jahre nach Erreichen des Referenzalters aufgeschoben** werden kann, wenn der Vorsorgenehmer **jährlich nachweist**, dass er **weiterhin erwerbstätig** ist;

- **neue Beiträge** an die Säule-3a höchstens **bis fünf Jahre nach Erreichen des Referenzalters** einbezahlt werden dürfen, wenn der Vorsorgenehmer **jährlich nachweist**, dass er **weiterhin erwerbstätig** ist und

- dieser jährliche Nachweis mittels einer **Bestätigung eines Arbeitgebers** erbracht werden muss, dass der Vorsorgenehmer auch nach dem Erreichen des Referenzalters erwerbstätig ist (siehe «Obligatorische Beilage» unten)

Der Vorsorgenehmer bestätigt ausdrücklich, dass

- er **weiterhin erwerbstätig** ist,

- er diesbezügliche **Änderungen unverzüglich der Terzo Vorsorgestiftung der WIR Bank mitteilt** und

- dass der **Verstoss gegen die gesetzlichen Bestimmungen erhebliche Steuerfolgen** nach sich ziehen kann.

Datum **Heute**

Unterschrift Vorsorgenehmer

Obligatorische Beilage:

- Bestätigung Arbeitgeber oder Ausgleichskasse

oder

Auszufüllen bei unselbstständiger Erwerbstätigkeit

Hiermit bestätigen wir, dass der oben genannte Vorsorgenehmer über das Referenzalter hinaus bei uns erwerbstätig ist.

.....
Arbeitgeber

☐ befristet bis _____ ☐ unbefristet

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/en, Stempel

Auszufüllen bei selbständiger Erwerbstätigkeit

Hiermit bestätigen wir, dass der oben genannte Vorsorgenehmer nach Erreichen des Referenzalters selbstständig erwerbstätig ist.

.....
AHV-Ausgleichskasse

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/en, Stempel

Zurücksetzen **Drucken**