

Antrag auf Rückerstattung der Quellensteuer auf Leistungen von Vorsorgeeinrichtungen mit Sitz in der Schweiz

➔ VON DER STEUERPFLICHTIGEN PERSON AUSZUFÜLLEN

	2. Säule (berufliche Vorsorge) Säule 3a (gebundene Vorsorge)	Kapitalleistung Rente
Personalien	Name _____	Vorname _____
	Geburtsdatum _____	Nationalität 1 ¹ _____
	Zivilstand _____	Nationalität 2 ¹ _____
Wohnadresse im Ausland	Strasse, Nr. _____	
	PLZ / Ort _____	Land ² _____
Name und Adresse des Vertreters (optional)	Name _____	
	Adresse _____	
	PLZ / Ort _____	Kanton _____
Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung	Name _____	
	Adresse _____	
	PLZ / Ort _____	Kanton _____
Rente³ brutto (periodisch)	CHF _____	Quellensteuerabzug CHF ³ _____
Zeitraum	vom _____	bis _____
Kapitalleistung brutto (einmalig)	CHF _____	Quellensteuerabzug CHF _____
	Datum der Auszahlung _____	
Name und Adresse des letzten Arbeitgebers in der Schweiz	Firma _____	
	Adresse _____	
	PLZ / Ort _____	Kanton _____

➔ VON DER AUSLÄNDISCHEN STEUERBEHÖRDE AUSZUFÜLLEN

Die Steuerbehörde des Wohnsitzstaates bestätigt: von obenstehender Leistung Kenntnis genommen zu haben
und,
dass der Empfänger der Leistung eine im Sinne des Doppelbesteuerungsabkommens mit der Schweiz ansässige Person ist

sowie

- ➔ bei Wohnsitz des Leistungsempfängers in⁴:
Australien, China, Bulgarien, Frankreich⁵, Israel, Kosovo, Pakistan, Peru, Uruguay oder Zypern
die obenstehende Leistung effektiv besteuert zu haben (Besteuerungsnachweis beilegen)
- ➔ bei Wohnsitz des Leistungsempfängers in/im⁴:
Vereinigten Königreich (GB), Irland, Japan oder Südkorea
und,
sofern der Empfänger der Leistung auf seinen Einkünften nur auf jenen Teilbeträgen besteuert wird, die dorthin überwiesen oder dort bezogen wurden («taxation on remittance basis»), dass folgender Betrag effektiv in diesen Staat überwiesen oder dort bezogen wurde:

CHF _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der ausländischen Steuerbehörde

Ergänzende Angaben für die Rückerstattung der Quellensteuer auf Leistungen von Vorsorgeeinrichtungen mit Sitz in der Schweiz

➔ VON DER STEUERPFLICHTIGEN PERSON AUSZUFÜLLEN

Personalien

Name

Vorname

E-Mail-Adresse

Zahlungsverbindung für die Rückerstattung der Quellensteuer⁶

Bank

Name der Bank

Filiale

Adresse der Bank

Konto-Nr. (IBAN)

BIC/SWIFT

Inhaber des Kontos

Post

Konto-Nr. (IBAN)

Inhaber des Kontos

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers/der Antragsstellerin

- ➔ Dieses Formular umfasst **zwei Seiten**. Beide Seiten sind **vollständig** auszufüllen und einzureichen.
- ➔ Beide Seiten des vollständig ausgefüllten Formulars sind der Steuerverwaltung jenes Kantons einzureichen, in dem die **Vorsorgeeinrichtung ihren Sitz bzw. Betriebsstätte** hat.
- ➔ Bei **Kapitalleistungen** ist dem Antrag eine **Kopie der Auszahlungsabrechnung der Vorsorgeeinrichtung** beizulegen.
- ➔ Bei **Rentenleistungen** ist dem Antrag eine **Kopie der Rentenbescheinigung** beizulegen.

Erläuterungen:

¹ Es sind sämtliche Nationalitäten anzugeben.

² Für in Deutschland ansässige Personen ist, falls vorhanden, eine Kopie der Ansässigkeitsbescheinigung für Grenzgänger beizulegen.

³ Rentenbetrag (brutto) bzw. Quellensteuer der Periode, für welche die Quellensteuer zurückgefordert wird.

⁴ Zutreffendes Land unterstreichen.

⁵ Dem Antrag für in Frankreich ansässigen Personen sind zusätzlich die Berechnungsmodalitäten der tatsächlichen Besteuerung beizulegen.

⁶ Zutreffende Zahlungsverbindung ankreuzen.

Beilagen:

Kopie der Ansässigkeitsbescheinigung für Grenzgänger bei Ansässigkeit in Deutschland

Besteuerungsnachweis

Kopie der Auszahlungsabrechnung bei Kapitalleistungen

Kopie der Rentenbescheinigung bei Rentenleistungen

Demande de remboursement de l'impôt à la source prélevé sur les prestations provenant d'institutions de prévoyance ayant leur siège en Suisse

➔ À REMPLIR PAR LE CONTRIBUABLE

	2 ^e pilier (prévoyance professionnelle) Pilier 3a (prévoyance liée)	Prestation en capital Rente
Données personnelles	Nom _____	Prénom _____
	Date de naissance _____	Nationalité 1 ¹ _____
	État civil _____	Nationalité 2 ¹ _____
Adresse à l'étranger	Rue, n° _____	
	NPA, Localité _____	Pays ² _____
Nom et adresse du représentant (facultatif)	Nom _____	
	Adresse _____	
	NPA, Localité _____	Canton _____
Nom et adresse de l'institution de prévoyance	Nom _____	
	Adresse _____	
	NPA, Localité _____	Canton _____
Rente³ brute (périodique)	CHF _____	Impôt retenu à la source CHF ³ _____
Période	du _____	au _____
Prestation en capital brute (versement unique)	CHF _____	Impôt retenu à la source CHF _____
	Date du versement _____	
Nom et adresse du dernier employeur en Suisse	Raison sociale _____	
	Adresse _____	
	NPA, Localité _____	Canton _____

➔ À REMPLIR PAR L'AUTORITÉ FISCALE ÉTRANGÈRE

L'autorité fiscale de l'État de résidence confirme: qu'elle a pris connaissance de la prestation susmentionnée
et,
que le bénéficiaire de la prestation est de résident au sens de la convention en vue d'éviter les doubles impositions conclue avec la Suisse.

Elle confirme aussi que:

- ➔ dans la mesure où le bénéficiaire de la prestation est domicilié dans l'un des États suivants⁴: Australie, Bulgarie, Chine, Chypre, France⁵, Israël, Kosovo, Pakistan, Pérou ou Uruguay,
qu'elle a effectivement imposé la prestation susmentionnée (joindre l'attestation d'imposition).
- ➔ dans la mesure où le bénéficiaire de la prestation est domicilié dans l'un des États suivants⁴: Corée du Sud, Irlande, Japon ou Royaume-Uni (GB)
et,
dans la mesure où les revenus du bénéficiaire de la prestation ne sont soumis à l'impôt que pour la partie transférée ou touchée dans cet État («taxation on remittance basis»), que le montant suivant a effectivement été transféré ou touché dans cet État:

CHF _____

Lieu et date

Timbre et signature de l'autorité fiscale étrangère

Informations complémentaires pour le remboursement de l'impôt à la source prélevé sur les prestations provenant d'institutions de prévoyance ayant leur siège en Suisse

➔ À REMPLIR PAR LE CONTRIBUABLE

Données personnelles

Nom _____

Prénom _____

Adresse électronique _____

Coordonnées de paiement pour le remboursement de l'impôt retenu à la source⁶

Banque

Nom de la banque _____

Filiale _____

Adresse de la banque _____

N° de compte (IBAN) _____

BIC/SWIFT _____

Titulaire du compte _____

Poste

N° de compte (IBAN) _____

Titulaire du compte _____

Lieu et date _____

Signature du requérant/de la requérante _____

- ➔ Veuillez remplir **intégralement** le présent formulaire de **deux pages** et le transmettre à l'administration fiscale du canton dans lequel **l'institution de prévoyance a son siège ou un établissement stable**.
- ➔ Pour les **prestations en capital**, veuillez joindre à la demande **une copie du décompte de paiement établi par l'institution de prévoyance**.
- ➔ Pour les **rentes**, veuillez joindre à la demande **une copie de l'attestation de rente**.

Explications:

¹ Veuillez mentionner toutes les nationalités.

² Les personnes résidant d'Allemagne doivent joindre à la demande une copie de l'attestation de résidence pour les travailleurs frontaliers (si disponible).

³ Montant (brut) de la rente resp. de l'impôt retenu à la source pendant la période sur laquelle porte la demande de remboursement.

⁴ Veuillez souligner le pays concerné.

⁵ Les personnes résidant de France doivent en outre joindre à la demande les modalités de calcul de l'imposition effective.

⁶ Veuillez cocher les coordonnées de paiement qui conviennent.

Annexes:

Copie de l'attestation de résidence pour les travailleurs frontaliers résidant d'Allemagne

Attestation d'imposition

Copie du décompte de paiement établi par l'institution de prévoyance (pour les prestations en capital)

Copie de l'attestation de rente (pour les rentes)

Istanza di rimborso dell'imposta alla fonte prelevata sulle prestazioni provenienti da istituzioni di previdenza professionale con sede in Svizzera

➔ DA COMPILARE DAL CONTRIBUENTE

	2° pilastro (previdenza professionale) Pilastro 3a (previdenza privata)	Prestazione in capitale Rendita
Generalità	Cognome _____	Nome _____
	Data di nascita _____	Nazionalità 1 ¹ _____
	Stato civile _____	Nazionalità 2 ¹ _____
Indirizzo all'estero	Via, n. _____	
	NPA / Luogo _____	Paese ² _____
Nome e indirizzo del rappresentante (facoltativo)	Nome _____	
	Indirizzo _____	
	NPA / Luogo _____	Cantone _____
Nome e indirizzo dell'istituzione di previdenza	Nome _____	
	Indirizzo _____	
	NPA / Luogo _____	Cantone _____
Importo lordo della rendita³ (périodique)	CHF _____	Ritenuta d'imposta alla fonte CHF ³ _____
	Periodo dal _____	al _____
Prestazione lorda in capitale (unica)	CHF _____	Ritenuta d'imposta alla fonte CHF _____
	Data del versamento _____	
Nome e indirizzo dell'ultimo datore di lavoro in Svizzera	Ditta _____	
	Indirizzo _____	
	NPA / Luogo _____	Cantone _____

➔ DA COMPILARE DALL'AUTORITÀ FISCALE STRANIERA

L'autorità fiscale del Paese di domicilio certifica: di aver preso conoscenza del pagamento della prestazione in capitale sopra menzionata
e
che il beneficiario della prestazione è cittadino residente ai sensi della Convenzione per evitare la doppia imposizione con la Svizzera

nonché

- ➔ se il beneficiario della prestazione è residente in⁴:
Australia, Cina, Bulgaria, Francia⁵, Israele, Kosovo, Pakistan, Perù, Uruguay o Cipro
di aver effettivamente tassato la prestazione sopra menzionata (allegare un documento che attesti l'imposizione avvenuta).
- ➔ se il beneficiario della prestazione è residente in⁴:
Regno Unito (GB), Irlanda, Giappone o Corea del Sud
e
a condizione che il beneficiario della prestazione venga tassato solo sulla sua parte di reddito trasferita o percepita in questo Paese, che l'importo seguente è effettivamente stato trasferito o percepito in questo Paese («taxation on remittance basis»):
CHF _____

Luogo, data

Timbro e firma dell'autorità fiscale straniera

Informazioni supplementari per il rimborso dell'imposta alla fonte prelevata sulle prestazioni provenienti da istituzioni di previdenza professionale con sede in Svizzera

➔ DA COMPILARE DAL CONTRIBUENTE

Generalità	Cognome _____	Nome _____
	Indirizzo e-mail _____	
Coordinate per il rimborso dell'imposta alla fonte⁶	Banca	
	Nome della banca _____	
	Filiale _____	
	Indirizzo della banca _____	
	Conto n. (IBAN) _____	
	BIC / SWIFT _____	
	Titolare del conto _____	
	Posta	
	Conto n. (IBAN) _____	
	Titolare del conto _____	

Luogo, data

Firma dell'istante

- ➔ Il presente modulo è composto da **due pagine**. Si prega di compilarle **in modo completo** e trasmetterle entrambe.
- ➔ Le due pagine del modulo debitamente compilate devono essere trasmesse all'amministrazione fiscale del Cantone in cui si trova **la sede o lo stabilimento d'impresa dell'istituzione di previdenza**.
- ➔ In caso di **prestazioni in capitale**: allegare una **copia del conteggio di pagamento stabilito dall'istituzione di previdenza**.
- ➔ In caso di **prestazioni in forma di rendita**: allegare una **copia dell'attestazione delle rendite**.

Spiegazione:

¹ Indicare tutte le nazionalità.

² Per le persone residenti in Germania: allegare una copia dell'attestato di residenza per frontalieri (se disponibile).

³ Importo delle rendite (lordo) o dell'imposta alla fonte del periodo per il quale viene chiesto il rimborso.

⁴ Sottolineare il Paese di residenza.

⁵ Per le persone residenti in Francia: allegare all'istanza le modalità di calcolo dell'imposizione effettiva.

⁶ Apporre una crocetta nella casella corrispondente alla variante scelta.

Allegati:

Copia dell'attestato di residenza per i frontalieri residenti in Germania

Attestazione d'imposizione

Copia del conteggio di pagamento in caso di prestazioni in capitale

Copia dell'attestazione delle rendite in caso di prestazioni in forma di rendita

Application to refund the withholding tax on payments by pension funds domiciled in Switzerland

➔ TO BE FILLED IN BY THE TAXPAYER

	Second pillar (pension fund) Pillar 3a (restricted pension plan)	Lump sum Pension
Personal details	Surname _____	First name _____
	Date of birth _____	Nationality 1 ¹ _____
	Marital status _____	Nationality 2 ¹ _____
Home address abroad	Street, no. _____	
	Postcode / Town/city _____	Country ² _____
Name and address of representative (optional)	Name _____	
	Address _____	
	Postcode / Town/city _____	Canton _____
Name and address of pension fund	Name _____	
	Address _____	
	Postcode / Town/city _____	Canton _____
Pension³ gross (periodic)	CHF _____	Withholding tax deduction CHF ³ _____
Time range	from _____	to _____
Lump sum gross (one-off)	CHF _____	Withholding tax deduction CHF _____
	Date of the payment _____	
Name and address of the last employer in Switzerland	Company _____	
	Address _____	
	Postcode / Town/city _____	Canton _____

➔ TO BE FILLED IN BY THE FOREIGN TAX AUTHORITIES

The tax authority of the country of domicile confirms: having taken note of the aforementioned payment
and, that the recipient of the payment is a person resident as defined in the double taxation agreement with Switzerland

and

- ➔ in case the recipient of the payment is resident in⁴:
Australia, China, Bulgaria, France⁵, Israel, Kosovo, Pakistan, Peru, Uruguay or Cyprus
the aforementioned payment has effectively been taxed (enclose proof of taxation)
- ➔ in case the recipient of the payment is resident in⁴:
the United Kingdom (GB), Ireland, Japan or South Korea
and,
so long as the recipient of the payment is taxed only on the components of the income which was transferred or withdrawn there (taxation on remittance basis), that the following amount has effectively been transferred to or was withdrawn in this country:

CHF _____

Place, date

Stamp and signature of the foreign tax authority

Supplementary information for the refund of withholding tax on payments by pension funds domiciled in Switzerland

➔ TO BE FILLED IN BY THE TAXPAYER

Personal details

Surname

First name

Email address

Payment details for the refund of withholding tax⁶

Bank

Name of the bank

Subsidiary

Bank address

Account no. (IBAN)

BIC/SWIFT

Account holder

Post

Account no. (IBAN)

Account holder

Place, date

Signature of the applicant

- ➔ This form comprises **two pages**. Both pages must be completed **in full** and submitted.
- ➔ Both pages of the completed form must be submitted to the cantonal tax administration where the **pension fund is headquartered or permanently established**.
- ➔ In the case of **lump sums**, a **copy of the payment slip from the pension fund** is to be submitted with the application.
- ➔ In the case of **pension benefits**, a **copy of the pension statement** must be submitted with the application.

Explanations:

¹ All nationalities must be indicated.

² German residents must submit a copy of their residence permit for cross-border commuters, if available.

³ Pension amount (gross) or withholding tax for the period for which the withholding tax refund is being claimed.

⁴ Underline country applicable.

⁵ French residents must additionally submit the calculation method of the actual taxation together with the application.

⁶ Check applicable payment.

Enclosures:

Copy of the residence permit for cross-border commuters in the case of domicile in Germany

Proof of taxation

Copy of the payment slip in the case of lump-sum payments

Copy of the pension statement in the case of pension payments