

Vorsorgeanalyse. Vorbereitet in die Zukunft.

Besten Dank für Ihr Interesse an unserer Vorsorgeanalyse. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und selbstverständlich nur für diese Analyse verwendet.

	Partner 1	Partner 2																																						
Name, Vorname	_____	_____																																						
Strasse, Nr.	_____	_____																																						
PLZ, Ort	_____	_____																																						
Telefon	_____	_____																																						
E-Mail	_____	_____																																						
Geburtsdatum	_____	_____																																						
Zivilstand	Aktuell: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> Geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> Verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft seit _____ Früher: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> Geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> Verwitwet seit _____	Aktuell: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> Geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> Verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft seit _____ Früher: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> Geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> Verwitwet seit _____																																						
Konfession	_____	_____																																						
Kinder	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Vorname</th> <th style="width: 10%;">Geschlecht</th> <th style="width: 15%;">Geburtsdatum</th> <th colspan="3" style="width: 20%;">Kind von Partner</th> <th style="width: 25%;">Ausbildungsende im Jahre (Alter max. 25)</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th style="font-size: 0.8em;">1+2</th> <th style="font-size: 0.8em;">1</th> <th style="font-size: 0.8em;">2</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>					Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Kind von Partner			Ausbildungsende im Jahre (Alter max. 25)				1+2	1	2		_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Kind von Partner			Ausbildungsende im Jahre (Alter max. 25)																																		
			1+2	1	2																																			
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Wünsche, Ziele	Wurde ein «Persönlicher Fragebogen» ausgefüllt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde ein «Persönlicher Fragebogen» ausgefüllt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																						
Ausbildungsstand	<input type="checkbox"/> Grundausbildung <input type="checkbox"/> Berufsbildung <input type="checkbox"/> Höhere Ausbildung	<input type="checkbox"/> Grundausbildung <input type="checkbox"/> Berufsbildung <input type="checkbox"/> Höhere Ausbildung																																						
Aktuelle Erwerbstätigkeit	_____ AHV-Lohnsumme _____ <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Andere Einkommen CHF _____ (z. B. Alimente)	_____ AHV-Lohnsumme _____ <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Andere Einkommen CHF _____ (z. B. Alimente)																																						
Nebenerwerbstätigkeit	_____ AHV-Lohnsumme _____ <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt	_____ AHV-Lohnsumme _____ <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt																																						
Steuerbares Einkommen	<input type="checkbox"/> Bund CHF _____ <input type="checkbox"/> Kt./Gde. CHF _____ Steuererklärung liegt bei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Bund CHF _____ <input type="checkbox"/> Kt./Gde. CHF _____ Steuererklärung liegt bei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																						

Partner 1

Partner 2

Sparen	3a	3b	Bank	Versicherung	Sparbetrag pro Jahr CHF	aktueller Wert CHF	3a	3b	Bank	Versicherung	Sparbetrag pro Jahr CHF	aktueller Wert CHF
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Übriges Vermögen Wertschriftenverzeichnis und Policen beilegen.						_____	Übriges Vermögen Wertschriftenverzeichnis und Policen beilegen.					

Zukünftige Kapitalleistungen	Abfindung/Schenkung/Erbe	CHF _____	Abfindung/Schenkung/Erbe	CHF _____
------------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------

AHV-Einkommen	<input type="checkbox"/> IK-Auszug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> IK-Auszug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, AHV-Nr. _____		Wenn ja, AHV-Nr. _____	
	In CH seit _____ Anzahl Fehljahre _____		In CH seit _____ Anzahl Fehljahre _____	

Lohnfortzahlung	Während _____ Tagen zu _____ %	Während _____ Tagen zu _____ %
	<input type="checkbox"/> Berner Skala, bei akt. Arbeitgeber seit _____	<input type="checkbox"/> Berner Skala, bei akt. Arbeitgeber seit _____

Kollektiv-Krankentaggeld	<input type="checkbox"/> Vom _____ . Tag bis _____ . Tag zu _____ %	<input type="checkbox"/> Vom _____ . Tag bis _____ . Tag zu _____ %
--------------------------	---	---

2. Säule	<input type="checkbox"/> UVG versichert	<input type="checkbox"/> BVG versichert**	<input type="checkbox"/> UVG versichert	<input type="checkbox"/> BVG versichert**
	<input type="checkbox"/> UVG-Ergänzung***	<input type="checkbox"/> BVG-Ergänzung**	<input type="checkbox"/> UVG-Ergänzung***	<input type="checkbox"/> BVG-Ergänzung**
	** Pensionskassenausweis und Reglement beilegen *** Zusatzinformationen nötig		** Pensionskassenausweis und Reglement beilegen *** Zusatzinformationen nötig	

Wohneigentum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	1. Hypothek CHF _____ zu _____ %	1. Hypothek CHF _____ zu _____ %	
	2. Hypothek CHF _____ zu _____ %	2. Hypothek CHF _____ zu _____ %	
	Amortisation <input type="checkbox"/> ja*, CHF _____ <input type="checkbox"/> nein	Amortisation <input type="checkbox"/> ja*, CHF _____ <input type="checkbox"/> nein	
	Eigenmietwert CHF _____ In steuerbarem Einkommen inbegriffen	Eigenmietwert CHF _____ In steuerbarem Einkommen inbegriffen	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Verkehrswert CHF _____ (Gebäudeversicherungswert)	Verkehrswert CHF _____ (Gebäudeversicherungswert)	
* <input type="checkbox"/> direkt <input type="checkbox"/> indirekt <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Pflicht		* <input type="checkbox"/> direkt <input type="checkbox"/> indirekt <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Pflicht	

Erb- und Güterregelung	Besteht ein Erbvertrag? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht ein Erbvertrag? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Welcher Güterstand wurde vereinbart?	Welcher Güterstand wurde vereinbart?
	<input type="checkbox"/> Errungenschaft <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung	<input type="checkbox"/> Errungenschaft <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung

Finanzieller Bedarf	Erwerbsunfähigkeit CHF _____	Erwerbsunfähigkeit CHF _____
	Tod CHF _____	Tod CHF _____
	Alter CHF _____	Alter CHF _____
	Vorzeitige Pensionierung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, per wann _____	Vorzeitige Pensionierung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, per wann _____

Rauchverhalten	<input type="checkbox"/> Raucher: was _____ wie viel _____ /Tag	<input type="checkbox"/> Raucher: was _____ wie viel _____ /Tag
	<input type="checkbox"/> Nichtraucher: seit _____	<input type="checkbox"/> Nichtraucher: seit _____

Risikosportarten	Betreiben Sie:	Betreiben Sie:
	<input type="checkbox"/> Tauchsport	<input type="checkbox"/> Tauchsport
	<input type="checkbox"/> Luftsportarten	<input type="checkbox"/> Luftsportarten

Grösse, Gewicht	cm _____ kg _____	cm _____ kg _____
-----------------	-------------------	-------------------

Nächster Termin/
weiteres Vorgehen _____

Bemerkungen _____

Dieser Fragebogen wurde aufgenommen durch _____

Datum _____