



## Wirtschaftliche Prüfung

Fragebogen bitte ausfüllen, falls die Höhe der beantragten Versicherungsleistungen CHF 1'000'000 für Tod und/oder CHF 100'000 pro Jahr für Invaliditätsleistungen übersteigen.

### 1. Versicherte Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 2. Beantragte Leistungen

Invalidenrente CHF \_\_\_\_\_

Todesfallkapital CHF \_\_\_\_\_

### 3. Zweck der beantragten Leistungen

- Hypothekarabsicherung      Bitte beilegen: Hypothekarvertrag
- Darlehensabsicherung      Bitte beilegen: Darlehensvertrag
- Familienabsicherung      Bitte beilegen: Vorsorgeausweis
- Ergänzung 2. Säule / 3. Säule      Bitte beilegen: Vorsorgeausweis, Versicherungspolice 3. Säule
- andere: \_\_\_\_\_

### 4. Private Situation

Zivilstand:       verheiratet       eingetragene Partnerschaft       ledig       geschieden

Anzahl Kinder \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

Anstellungsverhältnis       angestellt       selbständig       Sabbatical       ohne Erwerbseinkommen

Firma \_\_\_\_\_      Gründungsdatum \_\_\_\_\_

### 5. Finanzielle Situation

Angaben zum steuerpflichtigen Einkommen und Vermögen (mindestens letzte 2 Jahre) in CHF:

	Jahr _____	Jahr _____	Jahr _____
Einkommen			
Vermögen			

Versicherte Person: \_\_\_\_\_

---

6. Koordination

Wurden gleichzeitig Versicherungsanträge bei anderen Gesellschaften gestellt?  ja  nein

**Falls ja**, bitte Einzelheiten angeben:

Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ Versicherungsart: \_\_\_\_\_

Summe: \_\_\_\_\_ Zweck der Deckung: \_\_\_\_\_

Haben Sie bestehende Lebens- und Invaliditätsversicherungen?  ja  nein

**Falls ja**, bitte Einzelheiten angeben und Kopien beilegen:

Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ Versicherungsart: \_\_\_\_\_

Summe: \_\_\_\_\_ Zweck der Deckung: \_\_\_\_\_

Wird diese Deckung (auch teilweise) gekündigt oder aufgelöst im Zusammenhang mit diesem Antrag?

ja  nein

---

Ich bestätige, dass die obigen Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person