

## ANALISI DEL FABBISOGNO

---

Cognome

---

Consulente

---

Nome

---

Luogo e data

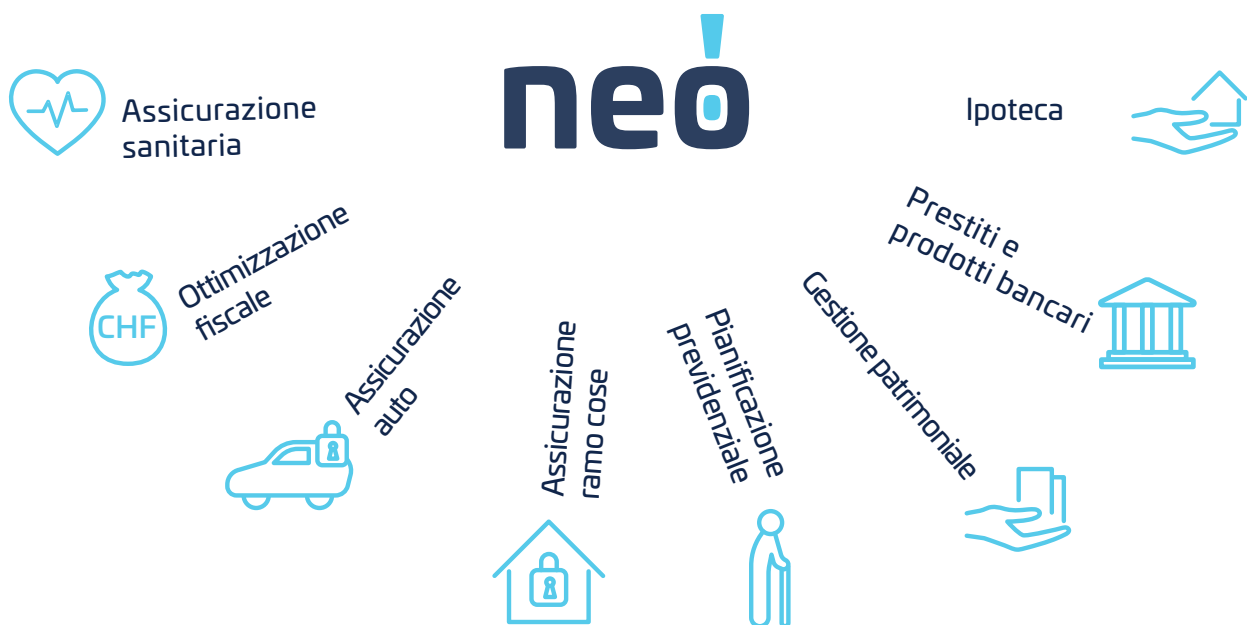
Neo

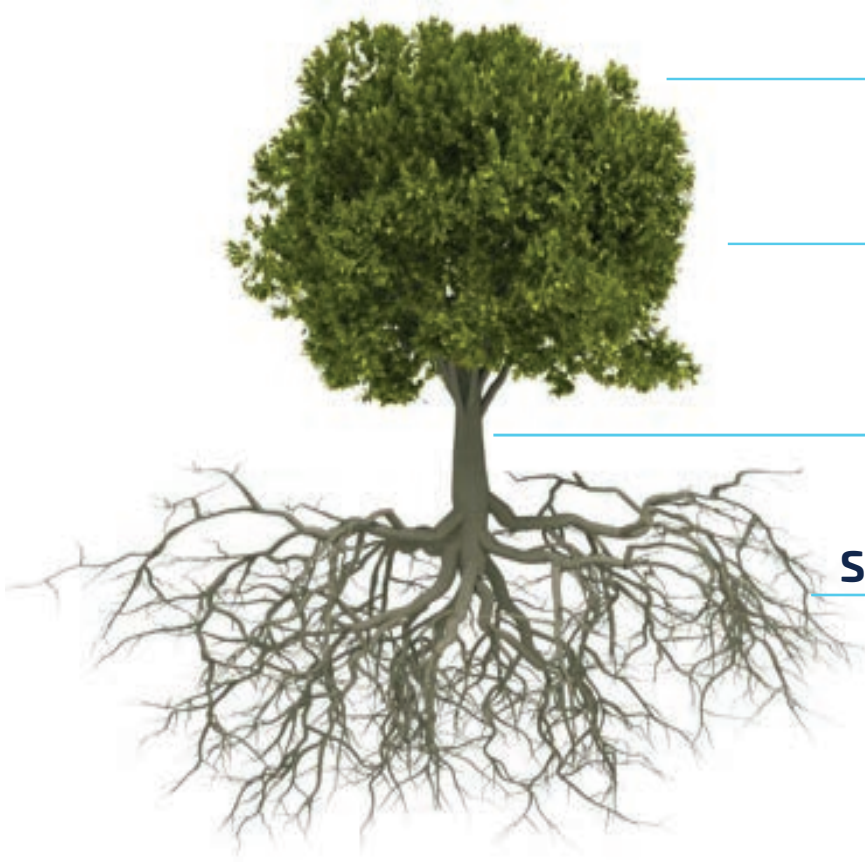
Da oltre 25 anni Neosana assiste clienti privati e aziendali in tutte le questioni assicurative. Grazie alla nostra attenzione alla qualità, ci siamo affermati come leader di mercato nell'assicurazione di persone. Ogni giorno i nostri Collaboratori al servizio esterno forniscono consulenza a più di 3000 clienti in Svizzera.

Insieme possiamo Individuare e realizzare le migliori soluzioni assicurative.

## La forza dell'informazione unificata

Scopra con noi una gamma diversificata di servizi assicurativi e finanziari, personalizzati in base alle Sue esigenze.





## **Libertà/indipendenza**

Diversificazione del patrimonio

## **Qualità della vita**

Casa & abitazione  
Esigenze individuali

## **Stabilità/crescita**

Crescita del patrimonio

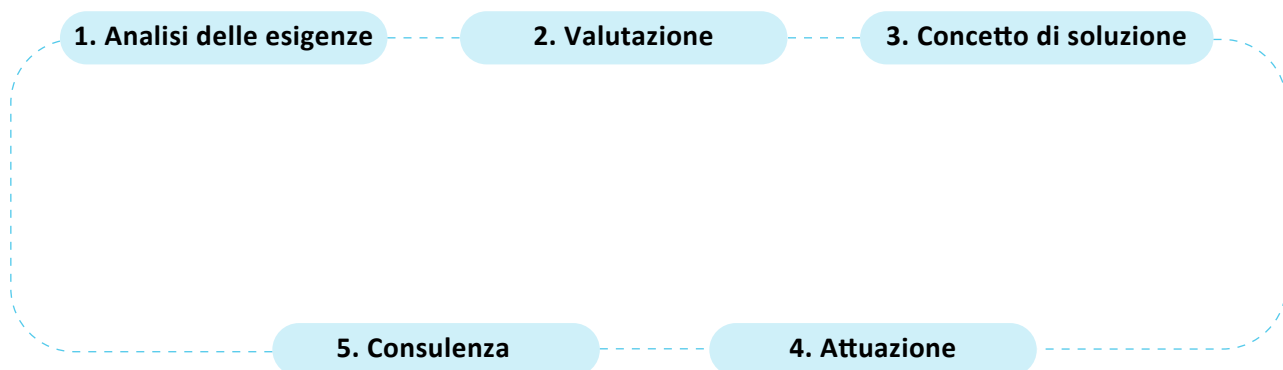
## **Sicurezza/coperture di base**

Previdenza sanitaria  
Assicurazione di cose e patrimoniale  
Sicurezza reddituale  
Previdenza per la vecchiaia

**“Gli alberi con radici profonde sono quelli che crescono in altezza.”**

Frédéric Mistral

## **Procedura**



Una pianificazione finanziaria completa costa tra i 1.500 e i 6.500 franchi, a seconda della sua complessità

## CHE COSA È IMPORTANTE PER LEI?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


---


---


---


---


## I Suoi obiettivi e desideri


  Godere della sicurezza finanziaria in tutte le situazioni


  Costruire e aumentare il patrimonio


  Godere della libertà finanziaria in età avanzata

  Acquistare e mantenere la casa di proprietà

  Sicurezza per famiglia, partner, figli

  Assicurazioni generali

  Risparmiare sulle imposte

  Altri desideri



# PREVIDENZA SANITARIA

## PROFILO SANITARIO

	Cliente	Partner	Figli
Cognome			
Società e modello LAMal			
Franchigia			
Società e coperture LCA			
Spese mediche all'anno			
Nome e indirizzo del medico di famiglia			
Conseguenze di infortunio/malattia			
Trattamenti previsti			
Fumatore/trice			

## ASSICURAZIONE DI BASE

- Standard
- Medico di famiglia
- HMO
- Telmed

## ASSICURAZIONE OSPEDALIERA

- Comune in tutta la Svizzera
- Semi privata
- Privata
- Privata Mondo

## ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

- Copertura all'estero
- Ausili visivi
- Medicina alternativa
- Trasporti
- Check-up
- Correzioni odontoiatriche
- Fitness
- Trattamenti odontoiatrici

	Generale	Semi privata	Privata
Ospedale in Svizzera All'estero in caso di emergenza	Camera comune	Camera con due letti	Camera singola
Cure programmate all'estero	-	CHF 1 000.- al giorno max. 180 giorni	100 % max. CHF 250 000.- per soggiorno
Possibilità di scelta del reparto ospedaliero	-	Comune Rimborso di CHF 1000, massimo 1 volta all'anno	Comune Rimborso di CHF 2500, massimo 1 volta all'anno
Libera scelta del medico	Nessuna, medico di turno in loco	Libera scelta del medico fino al primario; medico curante	Libera scelta del medico fino al primario; medico curante
Tempo di attesa per interventi	3 – 6 mesi	14 giorni	6 giorni
2. Opinione	-	Sì	Sì



## PRINCIPIO DEI TRE PILASTRI

	<b>1° pilastro</b> Previdenza statale		<b>2° pilastro</b> Previdenza professionale		<b>3° pilastro</b> Previdenza privata	
<b>Finalità</b>	Garanzia dei mezzi di sussistenza		Complemento a 1° pilastro fino al 60%		Mantenimento dello stile di vita abituale	
<b>Aree</b>	AVS/ AI / IPG	Prestazioni integrative	Previdenza professionale obbligatoria	Previdenza professionale sovraobbligatoria	3a con deducibilità fiscale per l'imposta sul reddito	3b senza deducibilità fiscale per l'imposta sul reddito
<b>Finanziamento</b>	Sistema a ripartizione		Metodo di capitalizzazione		Metodo di capitalizzazione	
<b>Morte</b>	<b>1° pilastro</b>		<b>2° pilastro</b>		Banca	Assicurazione
<b>Invalità</b>						
<b>Vecchiaia</b>						

	A	B	Figlio/a
<b>Cliente</b>			
<b>Formazione</b>			
<b>Occupazione</b>			
<b>Impiego attuale</b>			



# SICUREZZA DEL REDDITO

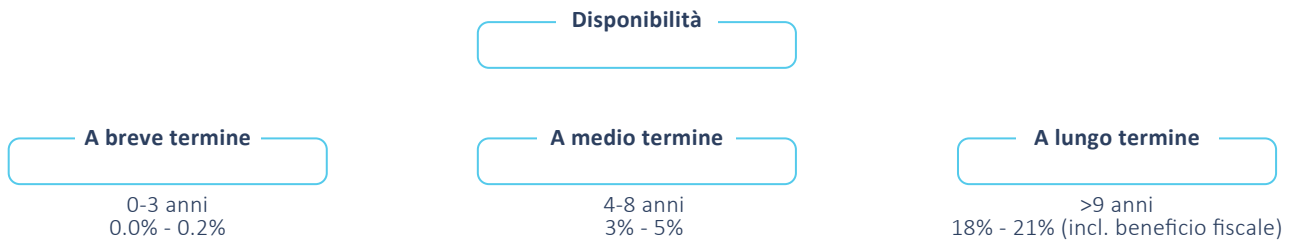
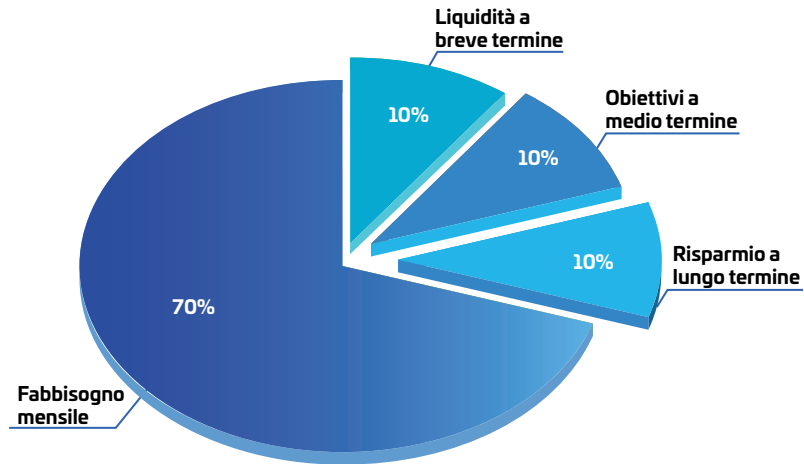
## INFORTUNIO

## MALATTIA





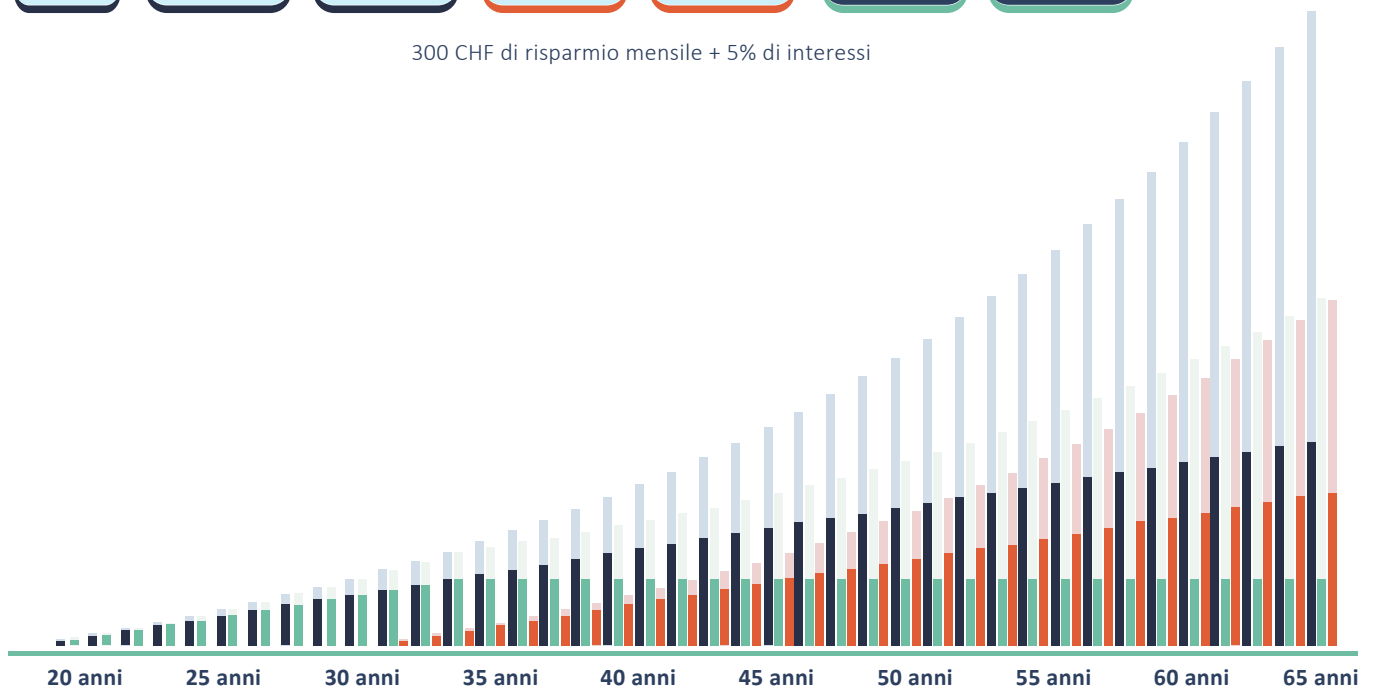
# LA REGOLA DEL 3 X 10%



Gli importi non possono essere garantiti

20 anni	3'600	3'697	0	0	3'600	3'697
30 anni	36'000	46'498	3'600	3'697	36'000	46'498
35 anni	54'000	79'771	36'000	20'427	54'000	79'771
65 anni	162'000	590'375	126'000	333'894	54'000	344'766

300 CHF di risparmio mensile + 5% di interessi





# Piano di risparmio per figli

“Per i figli, solo il meglio è sufficiente.”

Johann Wolfgang von Goethe

Parte della pianificazione

Sì  No

Assegni per figli

Sì  No

	Figlio 1	Figlio 2	Figlio 3
Dati personali			
Cognome, nome			
Data di nascita			
Appartenenza	<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Partner
Importo			
Patrimonio			
Risparmio	CHF	CHF	CHF
Risparmio mensile	CHF	CHF	CHF

In caso di malformazione congenita o di evento di disabilità nell'infanzia, il bambino riceve a partire dai 18 anni solo una pensione di invalidità statale pari al 133% della pensione minima.



## PREFERENZA DI ABITAZIONE

Tipo di immobile		Data desiderata	Valore/prezzo	Acconto della quota ereditaria	Proprietà esistente/valore
<input type="checkbox"/> Appartamento di proprietà	<input type="checkbox"/> Casa unifamiliare				
<input type="checkbox"/> Casa bifamiliare	<input type="checkbox"/> Altro				

## IMMOBILI ESISTENTI

Valore commerciale	Ipotecche	Interessi ipotecari totali	Ammortamento ■ dir. ■ ind.	Spese accessorie totali	Costi mensili

## PASSIVITÀ

Cliente	Società	Tipo	Importo del prestito	Debito residuo	Interessi %	Inizio	Scadenza	mens. Contributi





Economia domestica



Assicurazione responsabilità civile



Assicurazione protezione giuridica



Assicurazione veicoli a motore



Assicurazione oggetti di valore



Assicurazione viaggi

### Assicurazioni di cose

	Esistenti		Società		
Assicurazione sui fabbricati	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____		
Assicurazione sulla casa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Alto stand	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Semplice
Assicurazione veicoli a motore	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Casco parziale	<input type="checkbox"/> Casco totale
Assicurazione per animali domestici	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____		
Assicurazione per oggetti di valore	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____		
Casco mobilia domestica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____		


### Assicurazioni patrimoniali


	Esistenti		Società	
Assicurazione responsabilità civile privata	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Guida veicoli di terzi
Assicurazione protezione giuridica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____	
Assicurazione viaggi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Assistance





DOPO IL COLLOQUIO INFORMATIVO, LE PRESENTEREMO UNA VALUTAZIONE DETTAGLIATA DELLA SITUAZIONE ATTUALE E DELLE OPZIONI PER OTTIMIZZARE IL SUO PATRIMONIO.


### Riassunto della situazione odierna


 Godere della sicurezza finanziaria in tutte le situazioni


 Costruire e aumentare il patrimonio


 Godere della libertà finanziaria in età avanzata

 Acquistare e mantenere la casa di proprietà

 Sicurezza per famiglia, partner, figli

 Assicurazioni generali

 Risparmiare sulle imposte

 Altri desideri

### Quali sono le Sue aspettative per il prossimo colloquio?

- ... in relazione alla previdenza sanitaria? \_\_\_\_\_
- ... in relazione alle assicurazioni di cose? \_\_\_\_\_
- ... in relazione alla sicurezza del reddito? \_\_\_\_\_
- ... in relazione alla previdenza per la vecchiaia? \_\_\_\_\_
- ... in relazione a ipoteche e abitazione di proprietà? \_\_\_\_\_

Cosa ha apprezzato particolarmente durante il colloquio di oggi?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cosa le interessa maggiormente e dovrebbe essere preso in considerazione durante il prossimo colloquio?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Quali informazioni ha ottenuto da questa panoramica della Sua situazione finanziaria?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Quando desidera discutere la Sua valutazione personale?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dove preferisce che si svolga il prossimo appuntamento?

- nel nostro ufficio
- a casa Sua

Chi è coinvolto nel processo decisionale e dovrebbe partecipare al prossimo colloquio?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# RACCOMANDAZIONE

## IL SUO GIUDIZIO

1 = pessimo / 10 = ottimo

Cliente \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

La preghiamo di motivare brevemente il Suo giudizio:

Servizio: \_\_\_\_\_

Consulente: \_\_\_\_\_

## LA SUA VALUTAZIONE

Secondo Lei, chi potrebbe trarre vantaggio dalla nostra consulenza?

	Cognome	Nome	Numero telefonico	Relazione / commento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Firma



## MANDANTE

Nome, cognome \_\_\_\_\_

Via/n. \_\_\_\_\_

NPA/Luogo \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO/A

Nome, cognome, società \_\_\_\_\_

Via/n. \_\_\_\_\_

NPA/Luogo \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Timbro: \_\_\_\_\_

Con la presente esprimo il mio consenso affinché la persona di cui sopra ottenga le seguenti informazioni:

- Polizze assicurative
- Copie delle proposte firmate per assicurazione LAMal e LCA
- Disposizioni testamentarie
- Certificati di domicilio
- Tutte le informazioni sui contratti ipotecari
- Estratto conto individuale AVS
- Estratto della cassa pensione
- \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## CORRISPONDENZA

Con la presente accetto che la persona sopra indicata possa avere accesso a tutta la corrispondenza.

Eccezioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

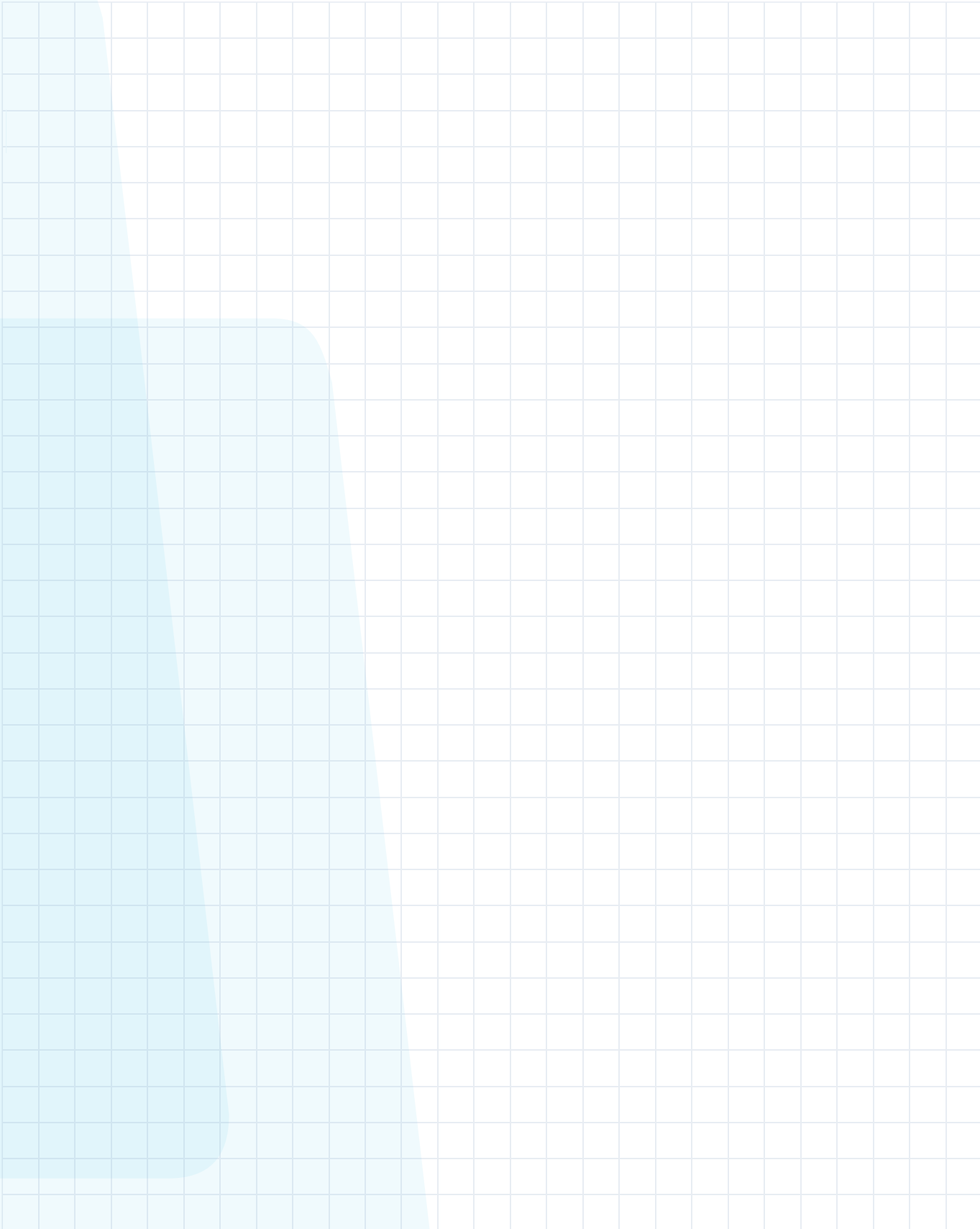
Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

La procura è valida fino a revoca scritta.

---

---







# CHECKLIST DICHIARAZIONE FISCALE



## PERSONA DI RIFERIMENTO<sup>1</sup>

A	
Cognome	
Numero telefonico	
E-mail	
Data di nascita	
Stato civile	
Religione	
Nomi dei figli	
Data di nascita	
Numero figli di cui agli studi	
<input type="checkbox"/> alimenti ricevuti <input type="checkbox"/> alimenti pagati	
Importo / mese	
Indirizzo pagatore degli alimenti	

## CONIUGE<sup>1</sup>

B	
Cognome	
Numero telefonico	
E-mail	
Data di nascita	
Stato civile	
Religione	
Nomi dei figli	
Data di nascita	
Numero figli di cui agli studi	
<input type="checkbox"/> alimenti ricevuti <input type="checkbox"/> alimenti pagati	
Importo / mese	
Indirizzo pagatore degli alimenti	

## OCCUPAZIONE<sup>2</sup>

attività retribuita	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pensionato/a
attività secondaria	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Durata	<input type="checkbox"/> tutto l'anno <input type="checkbox"/> dal    al
Giorni Lavorativi	

## OCCUPAZIONE<sup>2</sup>

attività retribuita	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pensionato/a
Nebenerwerb	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Durata	<input type="checkbox"/> tutto l'anno <input type="checkbox"/> dal    al
Giorni Lavorativi	

## SPESE DI LAVORO

Percorso al lavoro	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Bici
Auto <input type="checkbox"/> in leasing	km al giorno:
Mezzi pubblici <sup>5</sup>	Prezzo abbonamento:
Perfezionamento <sup>6</sup> professionale	<input type="checkbox"/> sì    Tipo: <input type="checkbox"/> no
Residente settimanale	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

## SPESE DI LAVORO

Percorso al lavoro	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Bici
Auto <input type="checkbox"/> in leasing	km al giorno:
Mezzi pubblici <sup>5</sup>	Prezzo abbonamento:
Perfezionamento <sup>6</sup> professionale	<input type="checkbox"/> sì    Tipo: <input type="checkbox"/> no
Residente settimanale	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

## ALTRE DETRAZIONI

Pagamenti 3a <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Prestito personale aperto <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Carte di credito aperte <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

## ALTRE DETRAZIONI

Pagamenti 3a <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Prestito personale aperto <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Carte di credito aperte <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

## ALTRE DETRAZIONI

Hai fatto donazioni a enti di beneficenza o partiti politici nell'ultimo anno? <sup>10</sup>

sì  no

Ha sostenuto spese per la cura dei figli nell'ultimo anno? <sup>11</sup>

sì  no

Nella Sua famiglia vivono persone bisognose di cure? <sup>12</sup>

sì  no

Ha sostenuto spese per la formazione dei Suoi figli? <sup>13</sup>

sì  no

Ha pagato i premi della cassa malattia <sup>3</sup> e/o ha sostenuto spese mediche (compreso il dentista) nell'ultimo anno? <sup>14</sup>

sì  no

## PATRIMONIO

Possiede un conto corrente bancario o postale? <sup>4</sup>

Banca  Posta  Entrambe

Possiede di titoli come ad es. azioni, obbligazioni, buoni di partecipazione, ecc.? <sup>15</sup>

sì  no

Possiede altri beni come ad es. una barca, un'auto d'epoca, oro, gioielli, oggetti d'antiquariato? <sup>16</sup>

sì  no

Ha elargito o ricevuto donazioni nell'ultimo anno? <sup>17</sup>

sì  no

Ha ereditato nell'ultimo anno o fa parte di una comunione ereditaria? <sup>18</sup>

sì  no

Possiede una casa? <sup>19</sup>

sì  no

Ha sostenuto spese di ristrutturazione della Sua abitazione? <sup>20</sup> (manutenzione e/o incremento di valore)

sì  no

Possiede un'automobile? (Non in leasing)

sì  no Prezzo d'acquisto: Anno di acquisto:

## DOCUMENTI RICHIESTI

### DOCUMENTI OBBLIGATORI

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dichiarazione fiscale dello scorso anno   | <input type="checkbox"/> Attestazione carte di credito                    |
| <input type="checkbox"/> Certificato salariale e/o attestazione indennità giornaliera (IPG) percepite e/o bilancio/conto profitti e perdite. | <input type="checkbox"/> Attestazione di donazione                        |
| <input type="checkbox"/> Estratto cassa malati   | <input type="checkbox"/> Ricevute per spese esterne per la cura dei figli |
| <input type="checkbox"/> Certificati del conto corrente bancario e postale   | <input type="checkbox"/> Attestazione per persone bisognose di cure       |
| <input type="checkbox"/> Polizza cassa malati  | <input type="checkbox"/> Ricevute delle spese di formazione per i figli   |
| <input type="checkbox"/> Certificato cassa pensioni  | <input type="checkbox"/> Documenti delle fatture del dentista             |

### DOCUMENTI FACOLTATIVI

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copia dell'abbonamento ai trasporti pubblici | <input type="checkbox"/> Elenco titoli e valori                                   |
| <input type="checkbox"/> Certificati di formazione continua           | <input type="checkbox"/> Importo delle donazioni, indirizzo persone               |
| <input type="checkbox"/> Attestazione depositi 3a                     | <input type="checkbox"/> Data eredità, testatore                                  |
| <input type="checkbox"/> Attestazione prestito personale              | <input type="checkbox"/> Stima ufficiale valore attuale della proprietà abitativa |
|   | <input type="checkbox"/> Ricevute delle spese di ristrutturazione                 |

Neo



**Neosana AG**  
Baslerstrasse 50  
CH-8048 Zürich

+41 (0)44 406 10 20  
[info@neo.swiss](mailto:info@neo.swiss)  
[www.neo.swiss](http://www.neo.swiss)