

QUESTIONNAIRE DU CLIENT

NOM	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

NOM - conjoint	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

IDENTIFICATION
Numéro d'ass. Sociale : _____ - _____ - _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____

IDENTIFICATION - conjoint
Numéro d'ass. Sociale : _____ - _____ - _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____

ÉTAT CIVIL
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Si votre état civil a changé dans l'année : Ancien état civil: _____
Date du changement (JJ/MM/AA): ____/____/____

COORDONNÉES
Téléphone : (____) _____ - _____
Téléphone CELL: (____) _____ - _____
Adresse : _____ App. : _____
Ville: _____ Prov.: _____
Code postal: _____
Courriel : _____

COORDONNÉES - conjoint
Téléphone : (____) _____ - _____
Téléphone CELL: (____) _____ - _____
Cocher si adresse identique <input type="checkbox"/>
Traiterons-nous la déclaration du conjoint: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si non, donnez son revenu net approx pour l'année _____ \$
Courriel : _____

- | | | |
|---|-------------------|--------------------|
| - Avez-vous habité seul(e) durant toute l'année 2020 ?(en excluant les personnes à charges) | OUI | NON |
| - Au 31.12.2020, combien de personnes vivaient avec vous ? | _____ | |
| - Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger ? | OUI | NON |
| - Êtes-vous un citoyen canadien ? | OUI | NON |
| - Êtes-vous un non-résident du Canada pour fins fiscal ? | OUI | NON |
| - Avez-vous acheté une première habitation ou vendu votre résidence principale en 2020 ? | OUI | NON |
| - Est-ce que vous voulez qu'un technicien vous appelle ? | OUI | Au besoin |
| - Comment voulez-vous recevoir la copie de vos déclarations d'impôt ? | Email | Espace client |
| - Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ? | Vir.Interac (1\$) | Carte Crédit (3\$) |

ASSURANCE MÉDICAMENTS de base (pas complémentaires)		
Êtes-vous assuré au public ou au privé pour vos médicaments ?	mois	mois
Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____ à _____	
Mon propre régime collectif	De _____ à _____	
Régime du conjoint/d'un parent	De _____ à _____	

ASSURANCE MÉDICAMENTS - conjoint		
Êtes-vous assuré au public ou au privé pour vos médicaments ?	mois	mois
Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____ à _____	
Mon propre régime collectif	De _____ à _____	
Régime du conjoint/d'un parent	De _____ à _____	

PERSONNES À CHARGE			
M	F	Prénom: _____	Nom: _____
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____
M	F	Prénom: _____	Nom: _____
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____
M	F	Prénom: _____	Nom: _____
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____

COMMENTAIRES: