

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
☐ Célibataire ☐ Conjoint de fait ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
Si votre état civil a changé dans l'année : Ancien état civil: _____
Date du changement (JJ/MM/AA): ____/____/____

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

COORDONNÉES - conjoint
Téléphone JOUR: (____) _____ - _____
Téléphone SOIR: (____) _____ - _____
Cocher si adresse identique ☐
Traiterons-nous la déclaration du conjoint: ☐ OUI ☐ NON
Si non, donnez son revenu approx pour l'année _____ \$
Courriel : _____

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous habité seul(e) durant toute l'année 2015?(en excluant les personnes à charges) | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Au 31.12.2015, combien de personnes vivaient avec vous ? | _____ | |
| - Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger ? | OUI | NON |
| - Etes-vous un citoyen canadien ? | OUI | NON |
| - Etes-vous un non-résident du Canada ? | OUI | NON |
| - Avez-vous acheté une première habitation dans l'année ? | OUI | NON |
| - Est-ce que vous voulez qu'un technicien vous appel ? | OUI | Au besoin |
| - Comment voulez-vous recevoir la copie de vos déclarations d'impôts ? | | |

Poste Email En Personne

ASSURANCE MÉDICAMENTS
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments
Celle du gouvernement (RAMQ) De _____ à _____
Mon propre régime collectif De _____ à _____
Régime du conjoint/d'un parent De _____ à _____

ASSURANCE MÉDICAMENTS - conjoint
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments
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: