



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

COORDONNÉES - conjoint
Téléphone JOUR: (____) _____ - _____
Téléphone SOIR: (____) _____ - _____
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 approx pour l'année _____ \$
Courriel : _____

- Avez-vous habité seul(e) durant toute l'année 2015?(en excluant les personnes à charges) OUI NON
- En date d'aujourd'hui, combien de personnes vivent 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? OUI NON
- Avez-vous acheté une première habitation dans l'année? 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'impôts?

Poste Email En Personne

ASSURANCE MÉDICAMENTS																
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments																
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>mois</td> <td>à</td> <td>mois</td> </tr> <tr> <td>Celle du gouvernement (RAMQ)</td> <td>De _____</td> <td>à</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Mon propre régime collectif</td> <td>De _____</td> <td>à</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Régime du conjoint/d'un parent</td> <td>De _____</td> <td>à</td> <td>_____</td> </tr> </table>		mois	à	mois	Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____	à	_____	Mon propre régime collectif	De _____	à	_____	Régime du conjoint/d'un parent	De _____	à	_____
	mois	à	mois													
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																
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>mois</td> <td>à</td> <td>mois</td> </tr> <tr> <td>Celle du gouvernement (RAMQ)</td> <td>De _____</td> <td>à</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Mon propre régime collectif</td> <td>De _____</td> <td>à</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Régime du conjoint/d'un parent</td> <td>De _____</td> <td>à</td> <td>_____</td> </tr> </table>		mois	à	mois	Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____	à	_____	Mon propre régime collectif	De _____	à	_____	Régime du conjoint/d'un parent	De _____	à	_____
	mois	à	mois													
Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____	à	_____													
Mon propre régime collectif	De _____	à	_____													
Régime du conjoint/d'un parent	De _____	à	_____													

PERSONNES À CHARGE								
<table border="0"> <tr> <td>M</td> <td>F</td> <td>Prénom: _____</td> <td>Nom: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____</td> <td>NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____</td> </tr> </table>	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) : _____ - _____ - _____					
<table border="0"> <tr> <td>M</td> <td>F</td> <td>Prénom: _____</td> <td>Nom: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____</td> <td>NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____</td> </tr> </table>	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) : _____ - _____ - _____					
<table border="0"> <tr> <td>M</td> <td>F</td> <td>Prénom: _____</td> <td>Nom: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____</td> <td>NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____</td> </tr> </table>	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: