

QUESTIONNAIRE (CLIENTS EXISTANTS)

NOM	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

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

ÉTAT CIVIL (cochez si identique à l'année dernière)
<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 (cochez si identique à l'année dernière)
Téléphone: (____) _____ - _____
Téléphone Mobile: (____) _____ - _____
Adresse : _____ App. : ____
Ville: _____ Prov.: ____
Code postal: _____
Courriel : _____

COORDONNÉES - conjoint
Téléphone: (____) _____ - _____
Téléphone Mobile: (____) _____ - _____
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 ? | 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		
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les 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		
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les 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 (cochez si identique à l'année dernière)			
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: