

COLLECTE D'INFORMATIONS : FRAIS GÉNÉRAUX DE L'ENTREPRISE

Nom		Nom de votre entreprise	
Date de naissance		Adresse	
Téléphone	()		
Avez-vous fumé une cigarette au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Poste occupé		Tâches manuelles	%
		Tâches administratives	%
Classification	<input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
Heures travaillées par semaines		Semaines par années	
		Salaire annuel	\$
Durée du bail de votre entreprise	ans	Âge prévu de votre retraite	ans
Délai de carence	<input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 120 jours	Période d'indemnisation	24 mois

POSSÉDEZ-VOUS UNE OU PLUSIEURS DES PROTECTIONS SUIVANTES?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assurance salaire | <input type="checkbox"/> Assurance maladies graves | <input type="checkbox"/> Garantie d'assurabilité |
| <input type="checkbox"/> Assurance invalidité partielle | <input type="checkbox"/> Assurance prêt commercial | <input type="checkbox"/> Droit d'achat futur |
| <input type="checkbox"/> Rachat en cas d'invalidité | <input type="checkbox"/> Protection des personnes clés | <input type="checkbox"/> Autre(s) : |

FRAIS GÉNÉRAUX MENSUELS MENAÇANT LA SURVIE FINANCIÈRE DE VOTRE ENTREPRISE ET DEVANT ÊTRE COUVERTS :

Loyer ou versement hypothécaire (remboursement périodique ou amortissement)	\$	Crédit-bail et amortissement d'équipement (y compris l'automobile)	\$
Services publics (téléphone, électricité, autres)	\$	Affranchissement et fournitures de bureau	\$
Services professionnels d'un comptable externe	\$	Salaires du personnel qui n'engendre pas de revenu	\$
Impôt foncier relatif à l'emplacement d'affaire	\$	Taxes d'affaires et permis	\$
Cotisations professionnelles	\$	Frais d'entretien (nettoyage)	\$
Assurance responsabilité professionnelle	\$	Dépréciation du matériel et des locaux appartenant à l'assuré	\$
Intérêts débiteurs	\$	Autres	\$
TOTAL DES FRAIS GÉNÉRAUX MENSUELS À COUVRIR			\$

Compte tenu de vos besoins, quel serait votre budget mensuel? _____ \$

J'atteste que M. ou M^{me} _____ a effectué en ce jour, le ___/___/___, la présente analyse de mes besoins relatifs aux frais généraux de mon entreprise et qu'il ou elle m'en a remis une copie.

Signature du client

Signature du conseiller

