

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Date	JJ	MM	AA	CLIENT				CONJOINT(E)											
Prénom																			
Nom																			
Sexe				<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin				<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin											
État matrimonial				<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Célibataire				<input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Autre :											
Date de naissance				JJ	MM	AA	Âge :	JJ	MM	AA	Âge :								
Usage du tabac et dérivés				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non État de santé :				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non État de santé :											
Adresse résidentielle				Ville				Province				Code postal							
				Courriel				Courriel											
				<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire Depuis :															
Téléphone				Rés. () Cell. () Trav. () poste				Rés. () Cell. () Trav. () poste											
Employeur																			
Profession ou métier																			
Changement envisagé?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
Revenu annuel				\$ Source :				\$ Source :											
Testament				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Olographe <input type="checkbox"/> Devant témoins <input type="checkbox"/> Notarié				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Olographe <input type="checkbox"/> Devant témoins <input type="checkbox"/> Notarié											
Mandat d'inaptitude				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
Sports dangereux				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
Nom et prénom - enfant				Date de naissance			REEE			Nom et prénom - enfant				Date de naissance			REEE		
				JJ	MM	AA								JJ	MM	AA			
				JJ	MM	AA								JJ	MM	AA			

POLICES D'ASSURANCE VIE, MALADIES GRAVES OU SOINS DE LONGUE DURÉE

Compagnie		Capital assuré					\$
Numéro de police		Date de l'établissement	JJ	MM	AA		
Type de police		Date d'échéance	JJ	MM	AA		
Garanties supplémentaires		Preneur					
Assurés		Prime modale					\$
		Bénéficiaires					
Valeur de rachat	\$	Avances sur police					\$
Compagnie		Capital assuré					\$
Numéro de police		Date de l'établissement	JJ	MM	AA		
Type de police		Date d'échéance	JJ	MM	AA		
Garanties supplémentaires		Preneur					
Assurés		Prime modale					\$
		Bénéficiaires					
Valeur de rachat	\$	Avances sur police					\$
Compagnie		Capital assuré					\$
Numéro de police		Date de l'établissement	JJ	MM	AA		
Type de police		Date d'échéance	JJ	MM	AA		
Garanties supplémentaires		Preneur					
Assurés		Prime modale					\$
		Bénéficiaires					
Valeur de rachat	\$	Avances sur police					\$

ANALYSE DES BESOINS D'ASSURANCE VIE

	<input type="checkbox"/> CLIENT <input type="checkbox"/> FAMILIAL	CONJOINT(E)
Revenu mensuel (avant le décès)	\$ (1)	\$ (1)
Épargne mensuelle	\$ (2)	\$ (2)
Paiement hypothécaire	\$ (3) Si assuré	\$ (3) Si assuré
Besoins mensuels (après le décès)	\$ (4) 70 % du revenu ou 1-[2+3]	\$ (4) 70 % du revenu ou 1-[2+3]
Revenu actuel du conjoint survivant	\$ Si familial	\$ Si familial
Rente de conjoint survivant (RRQ/RPC)	\$ Voir la grille ci-dessous	\$ Voir la grille ci-dessous
Rente(s) d'orphelin (RRQ/RPC)	\$ 64 \$ par enfant (RPC : 195 \$)	\$ 64 \$ par enfant (RPC : 195 \$)
Autres revenus	\$	\$
Total	\$ (5) %	\$ (5) %
Revenu mensuel à combler (4-5)	\$ X Facteur = \$ A	\$ X Facteur = \$ A
ACTIF AU DÉCÈS		
Prestation du RRQ/RPC	\$ 2 500 \$	\$ 2 500 \$
Résidence	\$	\$
Chalet et immeubles*	\$	\$
Placements*	\$	\$
Assurance vie	\$ Autre qu'hypothécaire	\$ Autre qu'hypothécaire
Assurance vie collective	\$	\$
Autres* :	\$	\$
Total des actifs	\$ = \$ B	\$ = \$ B
PASSIFS ET DÉPENSES AU DÉCÈS		
Prêt hypothécaire	\$ Si non assuré	\$ Si non assuré
Emprunt(s)	\$	\$
Impôt	\$	\$
Frais liés au décès	\$	\$
Adaptation à la nouvelle situation	\$	\$
Réserve pour les études	\$	\$
Autres* :	\$	\$
Total des passifs	\$ = \$ C	\$ = \$ C
MONTANT D'ASSURANCE VIE REQUIS	(A - B + C) \$	(A - B + C) \$

* Ces actifs peuvent être imposables s'ils sont liquidés.

FACTEUR DE CALCUL DU CAPITAL*							OBJECTIFS ET COMMENTAIRES
	Durée du capital	Taux moyen de rendement					
		3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %
Épuisement du capital	5 ans	55,79	54,48	53,21	51,98	50,80	49,65
	10 ans	103,82	99,10	94,67	90,52	86,63	82,97
	15 ans	145,17	135,64	126,98	119,10	111,90	105,34
	20 ans	180,76	165,57	152,16	140,28	129,73	120,35
	25 ans	211,40	190,08	171,77	155,98	142,31	130,43
	30 ans	237,78	210,16	187,06	167,63	151,18	137,19
	35 ans	260,49	226,60	198,97	176,26	157,44	141,73
	Maintien du capital	400	300	240	200	171,4	150
RENTE MENSUELLE AU CONJOINT SURVIVANT (2012)**							
	RRQ	Moins de 45 ans		45 à 64 ans	65 ans et plus		
		Sans enfant 494,98 \$	Avec enfant(s) 783,62 \$	Invalide avec ou sans enfant 815,47 \$	815,47 \$	592,00 \$	
	RPC	Max 543,82 \$					592,00 \$

* Pour un exemple de calcul, consulter le formulaire 06209F « Découvrez vos besoins financiers », page H1

** Après 2012, vous référer à « À propos des avantages sociaux »

Les produits d'assurance et d'épargne de Desjardins Sécurité financière sont distribués par SFL Partenaire de Desjardins Sécurité financière.

