

COLLECTE D'INFORMATIONS : ANALYSE DES BESOINS EN CAS D'INVALIDITÉ

| | | | |
|---|---|---|--|
| 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 | | |
| Comment qualifiez-vous votre état de santé | | <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fragile | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|----|---|---|
| Revenu déclaré (T4) l'année dernière | | \$ | Nombre de semaines travaillées au cours des douze derniers mois | |
| Dividendes | | \$ | Occupation | |
| | | | Tâches administratives | % |
| Autres revenus (précisez) | | \$ | Tâches manuelles | % |

| DÉPENSES MENSUELLES | | | | |
|--|--|----|---------------------------|-----------|
| Prêt hypothécaire ou loyer | | \$ | Prêts et cartes de crédit | \$ |
| Services publics (électricité, chauffage, eau, etc.) | | | Assurance et épargne | \$ |
| Téléphone, Internet, etc. | | \$ | Vêtements | \$ |
| Frais de déplacements | | \$ | Loisirs | \$ |
| Nourriture | | \$ | Autres dépenses | \$ |
| TOTAL DES DÉPENSES | | | | \$ |

| RESSOURCES FINANCIÈRES | | | | |
|--|--|----|-------------------------------|-----------|
| <i>En cas d'invalidité, sur quelles sources de revenus pourriez-vous compter?</i> | | | | |
| Assurance emploi | | \$ | Assurance salaire personnelle | \$ |
| Assurance salaire collective | | \$ | Autre(s) | |
| RESSOURCES FINANCIÈRES TOTALES | | | | \$ |
| MONTANT NÉCESSAIRE EN CAS D'INVALIDITÉ <small>(Soustrayez le total des ressources financières du total des dépenses)</small> | | | | \$ |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| Si vous ne pouviez plus travailler en raison d'une invalidité, combien de temps pourriez-vous compter sur vos économies? | <input type="checkbox"/> 14 jours | <input type="checkbox"/> 30 jours | <input type="checkbox"/> 60 jours | <input type="checkbox"/> 120 jours |
| Pendant combien de temps auriez-vous besoin du remplacement de votre revenu? | <input type="checkbox"/> 2 ans | <input type="checkbox"/> 5 ans | <input type="checkbox"/> Jusqu'à 65 ans | |

| VOTRE PORTEFEUILLE D'ASSURANCE COMPORTE-T-IL LES ASSURANCES SUIVANTES? | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assurance vie | <input type="checkbox"/> Assurance décès ou mutilation accidentelles | <input type="checkbox"/> Assurance fractures accidentelles |
| <input type="checkbox"/> Remboursement des frais médicaux | <input type="checkbox"/> Remboursement des frais d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Remboursement des frais dentaires |

Compte tenu de vos besoins, quel montant êtes-vous prêt à verser tous les mois pour assurer le maintien de votre niveau de vie en cas d'invalidité? _____ \$

J'atteste que M. ou M^{me} _____ a effectué en ce jour, le ___/___/___, la présente analyse de mes besoins en cas d'invalidité et qu'il ou elle m'en a remis une copie.

Signature du client

Signature du conseiller

