

# MON PARCOURS FINANCIER

COLLECTE DE DONNÉES



## Information

Nom client(e) 1 : \_\_\_\_\_

Nom client(e) 2 : \_\_\_\_\_

Votre conseiller : \_\_\_\_\_

Date de la collecte de données :

J	J	M	M	A	A	A	A

## Mises à jour

J	J	M	M	A	A	A	A

J	J	M	M	A	A	A	A

J	J	M	M	A	A	A	A



## Quelles sont vos attentes pour cette rencontre ?

---

---

---

---

---

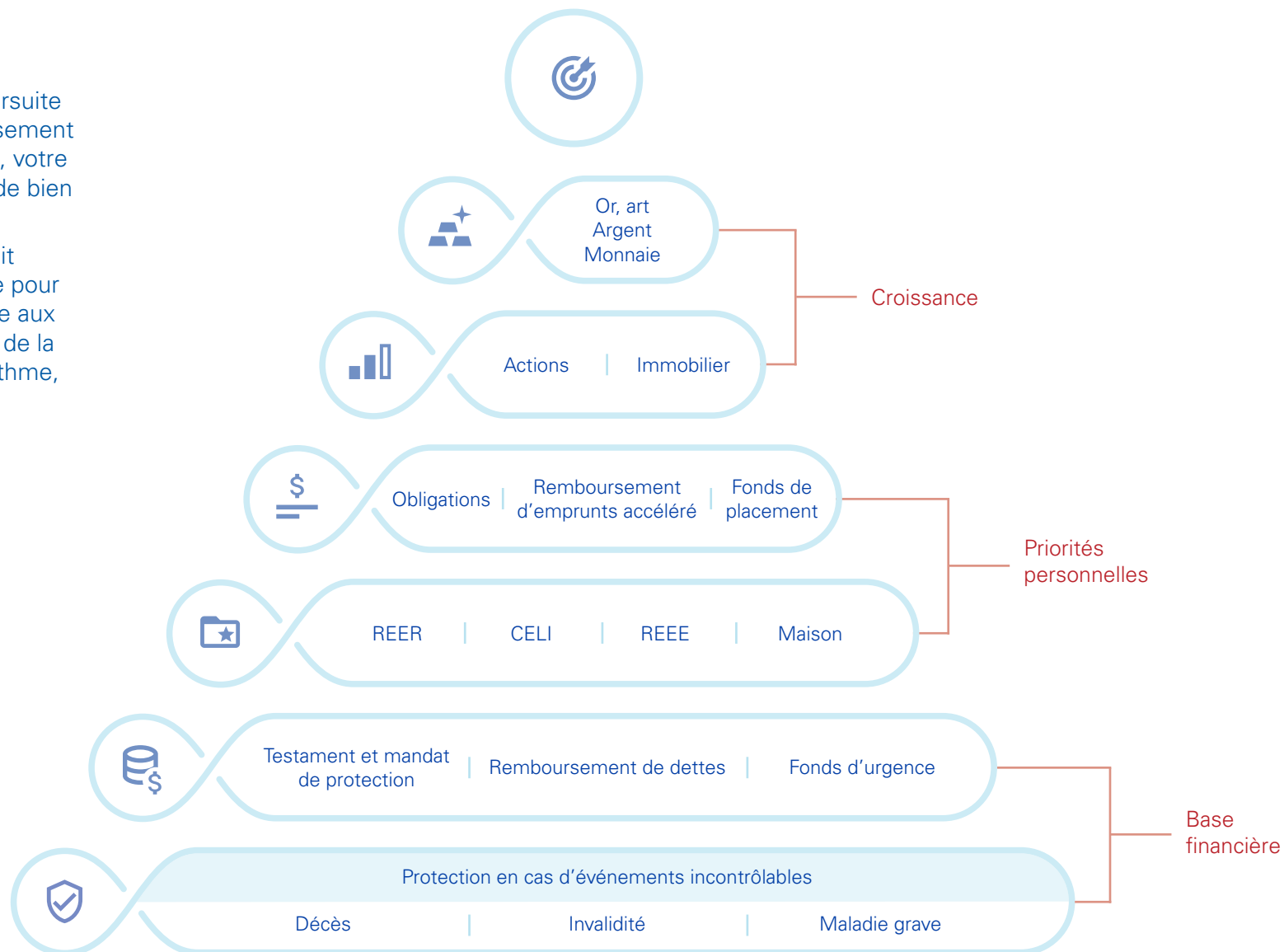
## Ordre du jour

- Renseignements personnels
- Vos objectifs
- Bilan financier
- Vos protections et épargnes actuelles
- Autres: \_\_\_\_\_

# Pyramide des priorités financières

Pour vous aider dans la poursuite de vos objectifs et l'établissement de votre sécurité financière, votre conseiller financier se doit de bien vous connaître.

Votre sécurité financière doit reposer sur une base solide pour vous permettre de faire face aux événements incontrôlables de la vie et de réaliser, à votre rythme, vos objectifs personnels.



# BILAN DE VOTRE SITUATION ACTUELLE

Informations personnelles

	Client(e) 1	Client(e) 2
Nom	Prénom : _____  Nom : _____	Prénom : _____  Nom : _____
Date de naissance	<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<div>J J M M A A A A</div> <div></div>
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
État civil		
Adresse	Adresse : _____  Code postal : _____ Ville : _____ Province : _____	Adresse : _____  Code postal : _____ Ville : _____ Province : _____
Courriel (personnel)		
Courriel (professionnel)		
Téléphone	Cell. : _____ Autre : _____	Cell. : _____ Autre : _____
Usage du tabac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      Date de fin : <div>M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      Date de fin : <div>M M A A A A</div> <div></div>
Renseignements légaux	<input type="checkbox"/> Contrat de mariage <input type="checkbox"/> Mandat de protection <input type="checkbox"/> Testament  Autre (ou dates/précisions) : _____	<input type="checkbox"/> Contrat de mariage <input type="checkbox"/> Mandat de protection <input type="checkbox"/> Testament  Autre (ou dates/précisions) : _____
Revenus	Revenu brut : _____ \$    Revenu net : _____ \$ <small>(si travailleur autonome; revenu brut = revenu brut - dépenses)</small>  Autres revenus : _____ \$ <small>(ex : pension alimentaire, dividendes, revenus de location, etc.)</small>  Autres revenus : _____ \$ <small>(ex : pension alimentaire, dividendes, revenus de location, etc.)</small>	Revenu brut : _____ \$    Revenu net : _____ \$ <small>(si travailleur autonome; revenu brut = revenu brut - dépenses)</small>  Autres revenus : _____ \$ <small>(ex : pension alimentaire, dividendes, revenus de location, etc.)</small>  Autres revenus : _____ \$ <small>(ex : pension alimentaire, dividendes, revenus de location, etc.)</small>
Emploi	Poste : _____ Depuis : <div>M M A A A A</div> <div></div> Employeur : _____	Poste : _____ Depuis : <div>M M A A A A</div> <div></div> Employeur : _____
Résidence au Canada	Depuis : <div>A A A A</div> <div></div>	Depuis : <div>A A A A</div> <div></div>

Enfant(s)

	Nom		Sexe	Date de naissance	À la charge de
1	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
2	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
3	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
4	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
5	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
6	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2

Autre(s) personne(s) à charge

De quelle manière considérez-vous que cette personne est à votre charge ? À quel niveau financièrement ?

	Nom		Sexe	Lien	Date de naissance	À la charge de
1	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
2	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
3	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
4	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
5	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
6	Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<div>J J M M A A A A</div> <div></div>	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Vos objectifs

Projets	Détails
<b>Famille</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1 – Se marier/s’unir (conjoint de fait)</li><li>2 – Avoir des enfants</li><li>3 – Acheter/vendre une propriété</li><li>4 – Prévoir une cohabitation</li><li>5 – Financer les études des enfants</li></ul>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
<b>Travail</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1 – Reprendre les études</li><li>2 – Changer de carrière</li><li>3 – Retourner sur le marché du travail</li><li>4 – Obtenir une promotion</li><li>5 – Se retirer du marché du travail</li><li>6 – Acheter/vendre une entreprise ou un commerce</li></ul>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
<b>Finances</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1 – Diminuer les impôts</li><li>2 – Rembourser le prêt/marge étudiant</li><li>3 – Réduire l’insécurité relative aux finances</li><li>4 – Amortir le gain en capital</li><li>5 – Rembourser les dettes</li><li>6 – Revoir la méthode d’épargne</li><li>7 – Revoir les placements actuels</li><li>8 – Acheter/vendre une propriété</li><li>9 – Constituer un fonds d’urgence (3-6 mois, 1 an)</li><li>10 – Maximiser fiscalement les revenus de placement</li></ul>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
<b>Loisirs</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1 – Planifier des voyages, sports et loisirs</li><li>2 – S’engager dans des associations</li><li>3 – Faire du bénévolat</li></ul>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
<b>Retraite</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1 – Prévoir l’âge à la retraite</li><li>2 – Maintenir le niveau de vie</li><li>3 – Prévoir une occupation pour la retraite</li><li>4 – Rester à domicile le plus longtemps possible</li><li>5 – Se protéger contre l’inflation</li><li>6 – Diversifier vos sources de revenu</li><li>7 – Conserver, vendre ou transférer une propriété</li></ul>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

Bilan – Actifs

Client(e) 1	Liquidable au décès	Client(e) 2	Liquidable au décès
<div><div>CELI - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____ Cotisations : _____ \$</div><div>Alloué au fonds d'urgence : _____ \$ <input type="checkbox"/> Alloué à l'objectif de retraite</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div><div>CELI - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____ Cotisations : _____ \$</div><div>Alloué au fonds d'urgence : _____ \$ <input type="checkbox"/> Alloué à l'objectif de retraite</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div><div>CELI - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____ Cotisations : _____ \$</div><div>Alloué au fonds d'urgence : _____ \$ <input type="checkbox"/> Alloué à l'objectif de retraite</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div><div>CELI - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____ Cotisations : _____ \$</div><div>Alloué au fonds d'urgence : _____ \$ <input type="checkbox"/> Alloué à l'objectif de retraite</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div><div>REER - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div><div>Cotisations : _____ \$</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div><div>REER - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div><div>Cotisations : _____ \$</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div><div>REER - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div><div>Cotisations : _____ \$</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div><div>REER - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div><div>Cotisations : _____ \$</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div><div>REER - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div><div>Cotisations : _____ \$</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div><div>REER - Institution : _____ Valeur : _____ \$</div><div>Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div><div>Cotisations : _____ \$</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div><div>Droits de cotisations inutilisés <b>CELI</b><sup>1</sup> : _____ \$</div><div>Droits de cotisations inutilisés <b>REER</b><sup>2</sup> : _____ \$</div></div>		<div><div>Droits de cotisations inutilisés <b>CELI</b><sup>1</sup> : _____ \$</div><div>Droits de cotisations inutilisés <b>REER</b><sup>2</sup> : _____ \$</div></div>	
<div><sup>1</sup> Voir Mon dossier de l'ARC    <sup>2</sup> Voir avis de cotisation</div>		<div><sup>1</sup> Voir Mon dossier de l'ARC    <sup>2</sup> Voir avis de cotisation</div>	

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Bilan – Actifs

Client(e) 1	Liquidable au décès	Client(e) 2	Liquidable au décès
<div>REEE - Institution : _____ Valeur : _____ \$ <small>(subvention + intérêts + cotisations)</small></div> <div>Contributions à ce jour : _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div> <div>Contributions périodiques : _____ Enfant : _____</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>REEE - Institution : _____ Valeur : _____ \$ <small>(subvention + intérêts + cotisations)</small></div> <div>Contributions à ce jour : _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div> <div>Contributions périodiques : _____ Enfant : _____</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div>REEE - Institution : _____ Valeur : _____ \$ <small>(subvention + intérêts + cotisations)</small></div> <div>Contributions à ce jour : _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div> <div>Contributions périodiques : _____ Enfant : _____</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>REEE - Institution : _____ Valeur : _____ \$ <small>(subvention + intérêts + cotisations)</small></div> <div>Contributions à ce jour : _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div> <div>Contributions périodiques : _____ Enfant : _____</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div>REEE - Institution : _____ Valeur : _____ \$ <small>(subvention + intérêts + cotisations)</small></div> <div>Contributions à ce jour : _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div> <div>Contributions périodiques : _____ Enfant : _____</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>REEE - Institution : _____ Valeur : _____ \$ <small>(subvention + intérêts + cotisations)</small></div> <div>Contributions à ce jour : _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.) : _____</div> <div>Contributions périodiques : _____ Enfant : _____</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div>Résidence principale Valeur : _____ \$</div> <div>Propriétaire à _____ %</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>Résidence principale Valeur : _____ \$</div> <div>Propriétaire à _____ %</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div>Résidence secondaire Valeur : _____ \$</div> <div>Propriétaire à _____ % PBR : _____ \$</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>Résidence secondaire Valeur : _____ \$</div> <div>Propriétaire à _____ % PBR : _____ \$</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div>Immeuble locatif Valeur : _____ \$</div> <div>PBR : _____ \$</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>Immeuble locatif Valeur : _____ \$</div> <div>PBR : _____ \$</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>
<div>Véhicule Valeur : _____ \$</div> <div>Valeur : _____ \$</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>Véhicule Valeur : _____ \$</div> <div>Valeur : _____ \$</div>	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bilan – Actifs

Client(e) 1	Liquidable au décès	Client(e) 2	Liquidable au décès
<b>Fonds de pension à cotisations déterminées</b> - Valeur: _____ \$ Législation: _____ % employé: _____ % employeur: _____	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2	<b>Fonds de pension à cotisations déterminées</b> - Valeur: _____ \$ Législation: _____ % employé: _____ % employeur: _____	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
<b>Autre actif enregistré:</b> _____ (ex: REER immobilisé, CRI, etc.) Législation: _____ Valeur: _____ \$	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2	<b>Autre actif enregistré:</b> _____ (ex: REER immobilisé, CRI, etc.) Législation: _____ Valeur: _____ \$	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
<b>Autre actif enregistré:</b> _____ (ex: REER immobilisé, CRI, etc.) Législation: _____ Valeur: _____ \$	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2	<b>Autre actif enregistré:</b> _____ (ex: REER immobilisé, CRI, etc.) Législation: _____ Valeur: _____ \$	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
<b>Non enregistré:</b> _____  Institution: _____ Valeur: _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.): _____ Cotisations: _____ \$ Alloué au fonds d'urgence: _____ \$ <input type="checkbox"/> Alloué à l'objectif de retraite	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2	<b>Non enregistré:</b> _____  Institution: _____ Valeur: _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.): _____ Cotisations: _____ \$ Alloué au fonds d'urgence: _____ \$ <input type="checkbox"/> Alloué à l'objectif de retraite	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
<b>Non enregistré:</b> _____  Institution: _____ Valeur: _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.): _____ Cotisations: _____ \$ Alloué au fonds d'urgence: _____ \$ <input type="checkbox"/> Alloué à l'objectif de retraite	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2	<b>Non enregistré:</b> _____  Institution: _____ Valeur: _____ \$ Type (CPG, Fonds, etc.): _____ Cotisations: _____ \$ Alloué au fonds d'urgence: _____ \$ <input type="checkbox"/> Alloué à l'objectif de retraite	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
<b>Autres biens:</b> _____  Valeur: _____ \$	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2	<b>Autres biens:</b> _____  Valeur: _____ \$	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2
<b>Autres biens:</b> _____  Valeur: _____ \$	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2	<b>Autres biens:</b> _____  Valeur: _____ \$	<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bilan – Passifs

Passifs				Rembourser au décès	
<b>Hypothèque 1</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 _____ % <input type="checkbox"/> Client(e) 2 _____ % Amortissement restant: _____				Prime: _____ \$	
<b>Hypothèque 2</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 _____ % <input type="checkbox"/> Client(e) 2 _____ % Amortissement restant: _____				Prime: _____ \$	
<b>Hypothèque 3</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 _____ % <input type="checkbox"/> Client(e) 2 _____ % Amortissement restant: _____				Prime: _____ \$	
<b>Carte de crédit 1</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2				Prime: _____ \$	
<b>Carte de crédit 2</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2				Prime: _____ \$	
<b>Carte de crédit 3</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2				Prime: _____ \$	
<b>Marge de crédit 1</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2 Montant disponible: _____ \$ Alloué au fonds d'urgence: _____ \$				Prime: _____ \$	
<b>Marge de crédit 2</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2 Montant disponible: _____ \$ Alloué au fonds d'urgence: _____ \$				Prime: _____ \$	
<b>Marge de crédit 3</b> - Taux: _____ % Paiement: _____ \$ Solde: _____ \$				Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.	
<input type="checkbox"/> Client(e) 1 <input type="checkbox"/> Client(e) 2 Montant disponible: _____ \$ Alloué au fonds d'urgence: _____ \$				Prime: _____ \$	

Notes: \_\_\_\_\_

Bilan – Passifs

Passifs	Rembourser au décès
<div><div><div><div><div>Prêt automonile 1</div><div>Taux: _____%</div><div>Paie ment: _____\$</div><div>Solde: _____\$</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div><div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div></div><div><div>Amortissement restant: _____</div></div></div><div><div>Assuré: <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inval. <input type="checkbox"/> M.G.</div><div>Prime: _____ \$</div></div></div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div><div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div><div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div></div>

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assurance vie	
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse décès</div></div> <div>Bénéficiaire(s): _____</div>	Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Montant assuré • Garanties complémentaires • Prime annuelle • Valeur de rachat • Participation • Fonds de capitalisation
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse décès</div></div> <div>Bénéficiaire(s): _____</div>	Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Montant assuré • Garanties complémentaires • Prime annuelle • Valeur de rachat • Participation • Fonds de capitalisation
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse décès</div></div> <div>Bénéficiaire(s): _____</div>	Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Montant assuré • Garanties complémentaires • Prime annuelle • Valeur de rachat • Participation • Fonds de capitalisation

Assurance vie	
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse décès</div></div> <div>Bénéficiaire(s): _____</div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Montant assuré • Garanties complémentaires • Prime annuelle • Valeur de rachat • Participation • Fonds de capitalisation</div>
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse décès</div></div> <div>Bénéficiaire(s): _____</div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Montant assuré • Garanties complémentaires • Prime annuelle • Valeur de rachat • Participation • Fonds de capitalisation</div>
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse décès</div></div> <div>Bénéficiaire(s): _____</div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Montant assuré • Garanties complémentaires • Prime annuelle • Valeur de rachat • Participation • Fonds de capitalisation</div>

Assurance crédit	
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'ABF</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Prestations • Délai de carence • Durée de la période d'indemnité • Occupation régulière • Prime (nivelée/renouvelable)</div>
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'ABF</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Prestations • Délai de carence • Durée de la période d'indemnité • Occupation régulière • Prime (nivelée/renouvelable)</div>
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'ABF</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Prestations • Délai de carence • Durée de la période d'indemnité • Occupation régulière • Prime (nivelée/renouvelable)</div>

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assurance invalidité	
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse invalidité</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Prestations/Pourcentage du salaire (imposable ou non) • Prestation mensuelle • Courte/longue durée • Délai de carence • Durée de la couverture • Occupation régulière • Garanties complémentaires (Invalidité partielle, Remboursement des primes, Indexation, etc.) • Prime (nivelée/renouvelable)</div>
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse invalidité</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Prestations/Pourcentage du salaire (imposable ou non) • Prestation mensuelle • Courte/longue durée • Délai de carence • Durée de la couverture • Occupation régulière • Garanties complémentaires (Invalidité partielle, Remboursement des primes, Indexation, etc.) • Prime (nivelée/renouvelable)</div>
<div>Numéro de contrat: _____</div> <div>Assureur: _____</div> <div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission:                </div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse invalidité</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Prestations/Pourcentage du salaire (imposable ou non) • Prestation mensuelle • Courte/longue durée • Délai de carence • Durée de la couverture • Occupation régulière • Garanties complémentaires (Invalidité partielle, Remboursement des primes, Indexation, etc.) • Prime (nivelée/renouvelable)</div>

Notes: \_\_\_\_\_



Assurance maladie grave	
<div><div>Numéro de contrat: _____</div><div>Assureur: _____</div><div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission: _____</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Personnelle<input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur<input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse maladie grave</div></div><div>Bénéficiaire(s): _____</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Nombre de maladies • Garanties complémentaires (Remb. des primes, M.G. enfant, etc.) • Montant assuré • Prime annuelle</div>
<div><div>Numéro de contrat: _____</div><div>Assureur: _____</div><div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission: _____</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Personnelle<input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur<input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse maladie grave</div></div><div>Bénéficiaire(s): _____</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Nombre de maladies • Garanties complémentaires (Remb. des primes, M.G. enfant, etc.) • Montant assuré • Prime annuelle</div>
<div><div>Numéro de contrat: _____</div><div>Assureur: _____</div><div><div>JJMMAAAA</div><div>Date d'émission: _____</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Personnelle<input type="checkbox"/> Collective</div><div><input type="checkbox"/> Fumeur<input type="checkbox"/> Non-fumeur</div><div><input type="checkbox"/> Exclure de l'analyse maladie grave</div></div><div>Bénéficiaire(s): _____</div></div>	<div>Contractant(s)/Assuré(s) • Type • Durée • Nombre de maladies • Garanties complémentaires (Remb. des primes, M.G. enfant, etc.) • Montant assuré • Prime annuelle</div>

Notes supplémentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ANALYSE DE VOS BESOINS

Fonds d'urgence

Objectif			
Revenu mensuel	_____ mois de revenu familial net de _____ \$	Dépenses mensuelles	_____ mois de dépenses mensuelles de _____ \$
Montant fixe	_____ \$		

Projets

Projet 1	Propriétaire	Date	Montant	Indexer à l'inflation
Description	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>M M A A A A</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div>
Projet 2	Propriétaire	Date	Montant	Indexer à l'inflation
Description	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>M M A A A A</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div>
Projet 3	Propriétaire	Date	Montant	Indexer à l'inflation
Description	<div><input type="checkbox"/> Client(e) 1</div> <div><input type="checkbox"/> Client(e) 2</div>	<div>M M A A A A</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div>

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besoins en cas de décès

Dépenses prévues au décès			
Client(e) 1		Client(e) 2	
Frais funéraires: _____ \$	Fonds d'urgence: _____ \$	Frais funéraires: _____ \$	Fonds d'urgence: _____ \$
Héritage: _____ \$	Impôts: _____ \$	Héritage: _____ \$	Impôts: _____ \$
Dons: _____ \$	Frais juridiques: _____ \$	Dons: _____ \$	Frais juridiques: _____ \$
Fonds d'étude: _____ \$	Achat de propriété: _____ \$	Fonds d'étude: _____ \$	Achat de propriété: _____ \$
Frais de vente d'une propriété: _____ \$	Frais d'achat d'une propriété: _____ \$	Frais de vente d'une propriété: _____ \$	Frais d'achat d'une propriété: _____ \$
Remboursement de dettes non-assurées: _____ \$		Remboursement de dettes non-assurées: _____ \$	
Si famille reconstituée, les enfants d'une autre union recevront _____ \$ pendant _____		Si famille reconstituée, les enfants d'une autre union recevront _____ \$ pendant _____	
Sécurité pour autres personnes à charge: _____ \$		Sécurité pour autres personnes à charge: _____ \$	
Autres: _____ \$		Autres: _____ \$	

Remplacement du revenu en cas de décès	Client(e) 1	Client(e) 2
<b>Advenant votre décès prématuré, quel niveau de vie envisagez-vous pour votre famille? Pendant combien de temps?</b>	<i>Si calcul individuel</i>	
	<input type="checkbox"/> _____ % du revenu <input type="checkbox"/> net <input type="checkbox"/> annuel	
	<input type="checkbox"/> _____ \$ <input type="checkbox"/> brut <input type="checkbox"/> mensuel	
	Durée: _____ ans	
<b>Advenant un décès prématuré, est-ce que le revenu du conjoint survivant serait affecté? Si oui, de combien?</b>	<i>Si calcul familial</i>	
	<input type="checkbox"/> _____ % du revenu familial <input type="checkbox"/> net <input type="checkbox"/> annuel	
	<input type="checkbox"/> _____ \$ <input type="checkbox"/> brut <input type="checkbox"/> mensuel	
	Durée: _____ ans	

Protections enfants	Client(e) 1	Client(e) 2
<b>Est-ce important pour vous de prévoir une assurance pour vos enfants?</b> (Frais au décès, garantir l'assurabilité, période de deuil des parents)		

Besoins en cas d'invalidité

	Client(e) 1	Client(e) 2
<p><b>Advenant une invalidité, combien de temps pourrait s'écouler avant que vous soyez confronté à des difficultés financières?</b> (fin d'utilisation du fonds d'urgence ou de l'épargne)</p> <p><b>Vos objectifs d'épargne et de retraite seraient-ils compromis en raison d'une invalidité à long terme?</b></p> <p><b>Quel revenu mensuel vous faudrait-il pour subvenir à vos obligations financières?</b> (\$ ou % du brut ou net)</p>		

Autres sources de revenu	
Client(e) 1	Client(e) 2
<p>Couvert par l'assurance emploi <input type="checkbox"/> Assurance invalidité en vigueur <input type="checkbox"/></p> <p>Autres revenus* : _____ \$</p> <p><small>*Comprend toute autre source de revenu non liée à la capacité de travailler et qui pourrait servir à payer des frais en cas d'invalidité, telle qu'un revenu de location ou de placement.</small></p>	<p>Couvert par l'assurance emploi <input type="checkbox"/> Assurance invalidité en vigueur <input type="checkbox"/></p> <p>Autres revenus* : _____ \$</p> <p><small>*Comprend toute autre source de revenu non liée à la capacité de travailler et qui pourrait servir à payer des frais en cas d'invalidité, telle qu'un revenu de location ou de placement.</small></p>

Dépenses supplémentaires en cas d'invalidité	Client(e) 1	Client(e) 2
<p>Aide ménagère</p> <p>Soins aux enfants</p> <p>Frais d'entretien de la maison</p> <p>Frais médicaux</p> <p>Autres</p>		

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Besoins en cas d'invalidité

Choix d'approche de calcul

Client(e) 1

Remplacement de revenu

\_\_\_\_\_ % du revenu brut de \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ OU \_\_\_\_\_

Dépenses courantes mensuelles

Hypothèque : \_\_\_\_\_ \$/mois

Remboursement de dettes : \_\_\_\_\_ \$/mois

Loyer : \_\_\_\_\_ \$/mois

Frais de subsistance\* : \_\_\_\_\_ \$/mois

Épargne : \_\_\_\_\_ \$/mois

Autres dépenses : \_\_\_\_\_ \$/mois

\*Ces frais incluent des dépenses telles que l'épicerie, les frais de garde ou de scolarité des enfants, les taxes municipales et scolaires, les services publics, le téléphone, les soins médicaux ou dentaires, le transport, etc

Client(e) 2

Remplacement de revenu

\_\_\_\_\_ % du revenu brut de \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ OU \_\_\_\_\_

Dépenses courantes mensuelles

Hypothèque : \_\_\_\_\_ \$/mois

Remboursement de dettes : \_\_\_\_\_ \$/mois

Loyer : \_\_\_\_\_ \$/mois

Frais de subsistance\* : \_\_\_\_\_ \$/mois

Épargne : \_\_\_\_\_ \$/mois

Autres dépenses : \_\_\_\_\_ \$/mois

\*Ces frais incluent des dépenses telles que l'épicerie, les frais de garde ou de scolarité des enfants, les taxes municipales et scolaires, les services publics, le téléphone, les soins médicaux ou dentaires, le transport, etc

Informations supplémentaires pour la tarification (facultatif)

Client(e) 1

Délai de carence souhaité :

☐ \_\_\_\_\_ jours

☐ \_\_\_\_\_ semaines

☐ \_\_\_\_\_ mois

Période de couverture souhaitée :

☐ \_\_\_\_\_ semaines

☐ \_\_\_\_\_ années

☐ jusqu'à \_\_\_\_\_ ans

Niveau de travail physique/administratif :

Physique ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ Administratif

Nombre d'heures travaillées : \_\_\_\_\_ heures par \_\_\_\_\_

Pratique d'un sport ou loisir à risque ☐

Activité dangereuse pouvant exposer à des blessures graves ou à une invalidité en cas d'erreurs dans son exercice

Client(e) 2

Délai de carence souhaité :

☐ \_\_\_\_\_ jours

☐ \_\_\_\_\_ semaines

☐ \_\_\_\_\_ mois

Période de couverture souhaitée :

☐ \_\_\_\_\_ semaines

☐ \_\_\_\_\_ années

☐ jusqu'à \_\_\_\_\_ ans

Niveau de travail physique/administratif :

Physique ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ Administratif

Nombre d'heures travaillées : \_\_\_\_\_ heures par \_\_\_\_\_

Pratique d'un sport ou loisir à risque ☐

Activité dangereuse pouvant exposer à des blessures graves ou à une invalidité en cas d'erreurs dans son exercice

Notes : \_\_\_\_\_

25

Besoins en cas de maladie grave

	Client(e) 1	Client(e) 2
<p>Advenant une maladie grave, quel serait pour vous l'impact financier?</p> <p>Qui aimeriez-vous qui s'occupe de vous? (déplacement à l'hôpital, aide à la maison)</p> <p>Aimeriez-vous que votre conjoint(e) puisse se retirer du marché du travail pour pouvoir s'occuper de vous?</p> <p>Advenant le cas où c'était votre enfant qui était atteint d'une maladie grave, qui prendrait congé pour être à l'hôpital à temps plein?</p> <p>Jusqu'à quel point seriez-vous en mesure de combler le salaire manquant?</p>		

Fonds d'urgence	
Client(e) 1	Client(e) 2
<p>Souhaitez-vous utiliser votre fonds d'urgence ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Souhaitez-vous utiliser votre fonds d'urgence ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>

Remplacement du revenu en cas de maladie grave	
Client(e) 1	Client(e) 2
<p><b>Revenu:</b>    <input type="checkbox"/> Brut    <input type="checkbox"/> Net</p> <p>Revenu de Client(e) 1 : _____\$/mois, pendant _____ mois*</p> <p>Revenu de l'aidant(e) 1 : _____\$/mois, pendant _____ mois*</p> <p><b>Si maladie grave chez un des enfants:</b></p> <p>Revenu de l'aidant(e): _____\$/mois, pendant _____ mois*</p> <p><small>*Le nombre de mois de revenu à couvrir dépend de la maladie grave. Se rétablir d'un cancer prend généralement de 6 à 18 mois.</small></p>	<p><b>Revenu:</b>    <input type="checkbox"/> Brut    <input type="checkbox"/> Net</p> <p>Revenu de Client(e) 1 : _____\$/mois, pendant _____ mois*</p> <p>Revenu de l'aidant(e) 1 : _____\$/mois, pendant _____ mois*</p> <p><b>Si maladie grave chez un des enfants:</b></p> <p>Revenu de l'aidant(e): _____\$/mois, pendant _____ mois*</p> <p><small>*Le nombre de mois de revenu à couvrir dépend de la maladie grave. Se rétablir d'un cancer prend généralement de 6 à 18 mois.</small></p>

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Besoins en cas de maladie grave

## Dépenses supplémentaires en cas de maladie grave

Exemples de niveaux de protection en cas de maladie grave (dépenses uniques)	Base	Confort	Supérieur
<b>Traitements non assuré</b> Inclure les frais hospitaliers non assurés et les frais de traitement dans une clinique privée ou dans un établissement de santé à l'étranger (par ex., un pontage coronarien aux États-Unis coûte 70 000 \$ US).	2 500 \$	5 000 \$	10 000 \$
<b>Équipement médical</b> Les frais d'appareils comme un fauteuil roulant, un quadriporteur ou un lit médical spécialisé peuvent varier de 500 \$ à 10 000 \$.	2 500 \$	5 000 \$	10 000 \$
<b>Adaptation du domicile</b> Prévoir de 10 000 \$ jusqu'à 25 000 \$ pour effectuer les travaux requis, incluant l'ajout de rampes, de barres d'appui, l'élargissement des portes, l'installation d'ascenseurs, etc.	10 000 \$	12 000 \$	25 000 \$
<b>Adaptation du véhicule</b> Adapter un véhicule pour y avoir accès ou pour le conduire de façon sécuritaire peut coûter jusqu'à 15 000 \$.	0 \$	8 000 \$	15 000 \$

Exemples de niveaux de protection en cas de maladie grave (dépenses mensuelles)	Base	Confort	Supérieur
<b>Médicaments</b> Il s'agit des coûts pour accéder à des médicaments non couverts par le régime d'assurance-maladie provincial ou non remboursés par une assurance. Une majorité des médicaments contre le cancer coûtent 20 000 \$ et plus par année.	250 \$	500 \$	1 000 \$
<b>Soins à domicile</b> Les frais pour engager un préposé de soutien à domicile ou un infirmier privé varient de 25 \$ à 50 \$/heure.	500 \$	1 000 \$	2 000 \$
<b>Autres frais</b> Prévoir les frais de garde d'enfants (20 \$/ l'heure en moyenne) pendant les visites médicales ou la convalescence, le stationnement à l'hôpital, l'hébergement, etc.	160 \$	240 \$	480 \$
<b>Durée de la protection</b> (minumum 1 mois): _____ mois			

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Client(e) 1

Moment de la retraite

☐ Âge: \_\_\_\_\_ ans      ☐ Date: 

M	M	A	A	A	A

Objectif ( \_\_\_\_\_ premières années)

☐ \_\_\_\_\_ % du revenu    ☐ net    ☐ annuel  
☐ \_\_\_\_\_ \$    ☐ brut    ☐ mensuel

Objectif (jusqu'au décès)

☐ \_\_\_\_\_ % du revenu    ☐ net    ☐ annuel  
☐ \_\_\_\_\_ \$    ☐ brut    ☐ mensuel

Régimes de retraite publics

Régime des rentes du Québec (RRQ)

Début des prestations:

☐ Âge: \_\_\_\_\_ ans

☐ Date: 

M	M	A	A	A	A

Montant: \_\_\_\_\_ \$

Fréquence: \_\_\_\_\_

Sécurité de la vieillesse (SV)

Début des prestations:

☐ Âge: \_\_\_\_\_ ans

☐ Date: 

M	M	A	A	A	A

Montant: \_\_\_\_\_ \$

Fréquence: \_\_\_\_\_

Régimes de retraite à prestations déterminées

Début des versements: ☐ Âge: \_\_\_\_\_ ans    ☐ Date: 

M	M	A	A	A	A

Cotisez-vous toujours? ☐ Oui    Cotisations de l'employé: \_\_\_\_\_ % du salaire  
☐ Non    Facteur d'équivalence: \_\_\_\_\_ \$

Rente(s) projetée(s)

Âge de référence: \_\_\_\_\_ ans    Rente: \_\_\_\_\_ \$    Fréquence: \_\_\_\_\_

Âge de référence: \_\_\_\_\_ ans    Rente: \_\_\_\_\_ \$    Fréquence: \_\_\_\_\_

Âge de référence: \_\_\_\_\_ ans    Rente: \_\_\_\_\_ \$    Fréquence: \_\_\_\_\_

Client(e) 2

Moment de la retraite

☐ Âge: \_\_\_\_\_ ans      ☐ Date: 

M	M	A	A	A	A

Objectif ( \_\_\_\_\_ premières années)

☐ \_\_\_\_\_ % du revenu    ☐ net    ☐ annuel  
☐ \_\_\_\_\_ \$    ☐ brut    ☐ mensuel

Objectif (jusqu'au décès)

☐ \_\_\_\_\_ % du revenu    ☐ net    ☐ annuel  
☐ \_\_\_\_\_ \$    ☐ brut    ☐ mensuel

Régimes de retraite publics

Régime des rentes du Québec (RRQ)

Début des prestations:

☐ Âge: \_\_\_\_\_ ans

☐ Date: 

M	M	A	A	A	A

Montant: \_\_\_\_\_ \$

Fréquence: \_\_\_\_\_

Sécurité de la vieillesse (SV)

Début des prestations:

☐ Âge: \_\_\_\_\_ ans

☐ Date: 

M	M	A	A	A	A

Montant: \_\_\_\_\_ \$

Fréquence: \_\_\_\_\_

Régimes de retraite à prestations déterminées

Début des versements: ☐ Âge: \_\_\_\_\_ ans    ☐ Date: 

M	M	A	A	A	A

Cotisez-vous toujours? ☐ Oui    Cotisations de l'employé: \_\_\_\_\_ % du salaire  
☐ Non    Facteur d'équivalence: \_\_\_\_\_ \$

Rente(s) projetée(s)

Âge de référence: \_\_\_\_\_ ans    Rente: \_\_\_\_\_ \$    Fréquence: \_\_\_\_\_

Âge de référence: \_\_\_\_\_ ans    Rente: \_\_\_\_\_ \$    Fréquence: \_\_\_\_\_

Âge de référence: \_\_\_\_\_ ans    Rente: \_\_\_\_\_ \$    Fréquence: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Quelles sont vos attentes pour la prochaine rencontre/étape ?

---

---

---

---

## Vos sujets prioritaires

---

---

---

---

## Budget

Afin de m’aider à formuler des recommandations pour votre plan financier, quel serait le montant approximatif (par semaine, par paye, par mois) que vous seriez prêt à investir en plus de vos placements actuels?

---

## Date du prochain rendez-vous :

J	J	M	M	A	A	A	A

Références

Parmi les personnes de votre entourage, lesquelles pourraient bénéficier d'une rencontre avec moi ?

Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Emploi : _____	Lien : _____	



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel  
l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.

**ia.ca**

F11-106(21-12)