

## SOLUTIONS CAS AVANCÉS iA

Toute l'expertise.  
Tous les produits.  
Toute notre attention.

### QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE



Ce questionnaire est un outil qui permet d'évaluer les risques complexes et les concepts de vente complexes qui peuvent être requis ou non, selon le cas.

Afin de vous fournir une évaluation préliminaire, des informations additionnelles pourraient être requises.

Toutes les informations fournies seront traitées de façon strictement confidentielle.

Les informations fournies dans ce questionnaire feront partie intégrante de la proposition. Vous devez remplir les champs de façon complète et selon votre connaissance. En cas d'incertitude sur la pertinence d'une information, vous devez la divulguer.

#### **Lorsqu'on vous réfère aux états financiers, ceux-ci doivent inclure :**

- Déclarations de revenus et lettres d'évaluation
- Bilan financier / comptes de pertes et profits
- État des flux de trésorerie / notes sur les comptes
- Rapports des auditeurs (lorsque disponible)

Les états financiers des deux dernières années sont exigés et doivent couvrir une période qui ne dépasse pas trois ans avant la date de la proposition.

#### **TRAITEMENT DE DOSSIER**

Veuillez faire parvenir le présent formulaire dûment rempli ainsi que tout autre document qui y est lié (ex. : états financiers, organigramme de l'entreprise, etc.) à votre **directeur régional des ventes de iA Groupe financier par courriel.**

### 1. Information sur le conseiller

Proposition / numéro de police :	Date de la proposition : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J								
A	A	A	A	M	M	J	J										
Prénom du client :	Nom du client :																
Agent général / bureau Carrière / coordonnées de l'administrateur :																	
Nom du directeur, Relations avec la clientèle :																	
Nom du conseiller :	Code iA du conseiller :																
Courriel :	N° cellulaire :																
Avez-vous contacté notre équipe Solutions financières et fiscales avancées avant la soumission de la proposition? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui																	
Est-ce que le client a consulté une équipe conseil autre que celle de iA Groupe financier afin de compléter la planification financière (avocat, comptable, etc.)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez faire parvenir le plan financier à l'adresse courriel mentionnée plus haut.																	

### 2. Information sur l'occupation de l'assuré proposé

--

### 3. Information sur la couverture

#### Détails sur TOUTE autre proposition concurrente - OU - en attente\*

COMPAGNIE	TYPE DE COUVERTURE	MONTANT	BUT DE L'ASSURANCE
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

\*Pour ajouter plus d'information, veuillez utiliser le tableau additionnel disponible en annexe à la fin du présent document.

Sommes-nous en compétition? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que tout doit être placé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Quel est le montant de couverture total à mettre en vigueur?
Des exigences doivent-elles être partagées? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Si c'est le cas, qui sera la compagnie principale? \_\_\_\_\_

## Détails sur TOUTES les polices en vigueur\*

COMPAGNIE	DATE DE MISE EN VIGUEUR	TYPE DE COUVERTURE	MONTANT	BUT DE L'ASSURANCE	REMPLACEMENT
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

\*Pour ajouter plus d'information, veuillez utiliser le tableau additionnel disponible en annexe à la fin du présent document.

Est-ce que l'assuré proposé s'est déjà vu refuser ou différer une proposition d'assurance?

Non  Oui - Si oui, veuillez fournir la date et la raison :

### 4. Information sur l'entreprise

Nom de l'entreprise ou des entreprises / Partenariats :

Date d'établissement (année) : A A A A M M J J  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Site Web :

Détails du trading (si public) :

Propriétaires / % des parts (joindre l'organigramme si disponible) :

Juste valeur marchande (JVM) :

Valeur comptable (VC) :

### 5. But de l'assurance

Personnel et/ou remplacement de revenu et/ou protection familiale et/ou revenu de retraite

Personne clé

Prêt

Achat d'actions et/ou protection de partenariat

Planification successorale

Abri fiscal

Gel successoral

\*Pour de l'information complémentaire détaillée, voir l'annexe à la fin du présent document.

### 6. Concepts financiers

Transfert de richesse intergénérationnel

Stratégie de retraite assurée (SRA)

Plan de financement immédiat (PFI)

Autre(s) :

\*Pour de l'information complémentaire détaillée, voir l'annexe à la fin du présent document.

## 7. Information sur les habitudes de vie

Faites-vous usage de tabac, sous n'importe quelle forme? (y compris noix de bétel, paan, cigarette électronique, marijuana, cannabis, etc.)  Non  Oui

Détails :

Consommez-vous de l'alcool?  Non  Oui

Si oui, fournir type, quantités et fréquence de consommation :

Faites-vous usage de drogues récréatives?  Non  Oui

Si oui, fournir type, quantités et fréquence de consommation :

Avez-vous eu plus de quatre infractions au Code de la route, une suspension de permis ou conduite avec facultés affaiblies dans les cinq dernières années?

Non  Oui

Si oui, fournir les détails :

### Aviation :

Avez-vous volé dans un avion en tant que pilote ou étudiant ou planifiez-vous le faire dans le futur?  Non  Oui

Si oui, fournir la raison des vols, les heures annuelles, le type d'avion et dire si vous avez eu des accidents :

### Voyages :

Prévoyez-vous voyager?  Non  Oui

Si oui, indiquer : chaque pays /villes que vous visiterez, durée du voyage, raison du voyage, tout voyage à l'extérieur des centres urbains, etc. :

### Sports dangereux :

Pratiquez-vous un sport dangereux, y compris, mais sans s'y limiter : ski en zone à risque d'avalanche/planche à neige/motoneige, héliski, cat-ski, plongée sous-marine, course automobile, course de motos, alpinisme, parachutisme, activités d'aviation récréatives, etc.?  Non  Oui

Si oui, fournir fréquence des activités, nombre de jours par année, niveau d'expérience, lieux, voyageurs, mesures de précautions utilisées, équipement utilisé, etc. :

## 8. Information médicale

Nom et coordonnées complètes du médecin traitant :

Raison et date de la dernière consultation médicale :

Êtes-vous présentement sous traitement médical?  Non  Oui

Si oui, indiquer diagnostic et traitement :

Indiquez toute médication courante :

Avez-vous déjà consulté un médecin au sujet de, eu des symptômes de, ou été diagnostiqué ou traité pour :

Problème cardiaque

Maladie du foie

AVC (accident vasculaire cérébral)

Maladie pulmonaire

Diabète

Maladie rénale

Cancer OU tumeurs

Si oui, veuillez fournir date du diagnostic, traitements reçus et dernier suivi (y compris les résultats) :

Êtes-vous en attente de consultations ou de tests?  Non  Oui

Si oui, veuillez fournir : nom du test et la date prévue, nom et coordonnées du médecin, etc. :

# ANNEXE

## Information sur la couverture – complément de la section 3 (si nécessaire)

### Détails sur TOUTE autre proposition concurrente – OU – en attente

COMPAGNIE	TYPE DE COUVERTURE	MONTANT	BUT DE L'ASSURANCE
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

### Détails de TOUTES les polices en vigueur

COMPAGNIE	DATE DE MISE EN VIGUEUR	TYPE DE COUVERTURE	MONTANT	BUT DE L'ASSURANCE	REMPLACEMENT
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	A A A A M M J J  _ _ _ _ _ _ _ _		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

### Raison de la couverture :

- Personnel / remplacement de revenu / protection familiale / revenu de retraite
- Personne clé
  - 10 x revenu (max.), pour tout montant excédant ce maximum vous devrez fournir des informations additionnelles :
    - Lettre du conseil d'administration expliquant le besoin de la couverture;
    - Plan d'affaire comprenant projections de revenus / profit net avec une explication de l'impact sur l'entreprise advenant le décès, une invalidité ou une maladie grave de la personne clé;
    - Détails sur le plan de succession de l'entreprise;
    - CV de la personne clé et explication de la raison pour laquelle elle est essentielle aux activités
- Prêt
  - Raison du prêt
  - Nom du prêteur, montant et termes du prêt
  - Plan d'affaire ou présentation au prêteur (si disponible)
  - Copie de l'entente de prêt finale
  - Si le prêt a été contracté afin d'acheter un actif, une copie du certificat d'évaluation de l'actif sera demandée.
- Achat d'action / protection du partenariat
  - Copie de l'entente achat/vente
  - Évaluation d'entreprise - Détails sur la façon dont le partenariat a été évalué
  - Si un certificat d'évaluation complété par un comptable ou un évaluateur agréé est disponible, veuillez l'ajouter à la demande
  - Nom de tous les actionnaires et le pourcentage de parts pour chacun
  - Comment la valeur de l'entreprise a été calculé (inclure JVM)
- Planification successorale / programme d'assurance retraite (PAR)
  - Source des primes et tout dépôt supplémentaire
  - Le montant de couverture doit être basé sur le besoin d'assurance présenté

**ON S'INVESTIT, POUR VOUS.**