

1. Renseignements client(e)

Nom du client(e) : _____

Province : _____

Sexe : _____ Date de naissance : _____

Statut de tabagisme : _____

Âge présumé du début de la maladie grave : _____ Âge de la retraite : _____

Renseignements complémentaires

En l'absence de renseignements complémentaires, le taux d'imposition marginal maximal de la province sera utilisé.

Taux d'imposition : _____ **ou** Revenu imposable : _____

2. Renseignements conseiller

Nom du conseiller(ère) : _____ Date : _____

3. Individuel

ÉPARGNE

Profil d'investisseur : _____

Toutes les cotisations sont indexées. Si vous souhaitez un taux précis veuillez nous l'indiquer : _____

	REER	Non enregistré	CELI
Solde actuel :			
PBR (si connu) :	—		—
Droits de cotisation :	—	—	
Cotisation annuelle :			
À partir de quel l'âge :			
Jusqu'à quel âge :			

DÉPENSES À COUVRIR DURANT LA MALADIE GRAVE

Mensuel Annuel Toutes les dépenses sont indexées. Si vous souhaitez un taux précis veuillez nous l'indiquer : _____

Hypothèque/Loyer :	
Prêt/Marge de crédit :	
Carte de crédit :	
Voiture :	
Soins à domicile :	
Réadaptation :	

Médicaments non couverts :	
Enfants à charge :	
Continuer les cotisations d'épargne ? :	
Autres dépenses :	
Autres dépenses :	
Autres dépenses :	
Total :	

4. Société

DÉPENSES À COUVRIR DURANT LA MALADIE GRAVE

Mensuel Annuel Toutes les dépenses sont indexées. Si vous souhaitez un taux précis veuillez nous l'indiquer : _____

Remplacement du salaire de l'assuré :		Autres dépenses :	
Dépenses liées à la personne remplaçante :		Autres dépenses :	
Dépenses fixes d'entreprises :		Autres dépenses :	
Baisse potentielle des ventes :		Autres dépenses :	
Rappel de marge/prêt :		Autres dépenses :	
Baisse de valeur d'entreprise :		Autres dépenses :	