

QUESTIONNAIRE DU CLIENT

NOM	M.	Mme
Prénom:		
Nom:		

NOM - conjoint	M.	Mme
Prénom:		
Nom:		

IDENTIFICATION		
Numéro d'ass. Sociale :	-	-
Date de naissance : (JJ/MM/AA):	/	/

IDENTIFICATION - conjoint		
Numéro d'ass. Sociale :	-	-
Date de naissance : (JJ/MM/AA):	/	/

ÉTAT CIVIL					
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Si votre état civil a changé dans l'année : Ancien état civil: _____					
Date du changement (JJ/MM/AA): _____					

COORDONNÉES		
Téléphone :	(____)	-
Téléphone CELL:	(____)	-
Adresse :	App. :	
Ville:	Prov.:	
Code postal:		
Courriel :		

COORDONNÉES - conjoint		
Téléphone :	(____)	-
Téléphone CELL:	(____)	-
<input type="checkbox"/> Cocher si adresse identique		
Traiterons-nous la déclaration du conjoint: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si non, donnez son revenu net approx pour l'année _____ \$		
Courriel :		

- | | | |
|---|-------------------|--------------------|
| - Avez-vous habité seul(e) durant <u>toute l'année</u> ?(en excluant les personnes à charges) | OUI | NON |
| - Au 31 décembre, combien de personnes vivaient avec vous ? | _____ | |
| - Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger ? | OUI | NON |
| - Êtes-vous un citoyen canadien ? | OUI | NON |
| - Êtes-vous un non-résident du Canada pour fins fiscal ? | OUI | NON |
| - Avez-vous acheté une première habitation ou vendu votre résidence principale en 2022 ? | OUI | NON |
| - Est-ce que vous voulez qu'un technicien vous appelle ? | OUI | Au besoin |
| - Comment voulez-vous recevoir la copie de vos déclarations d'impôt ? | Email | Espace client |
| - Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ? | Vir.Interac (1\$) | Carte Crédit (3\$) |

ASSURANCE MÉDICAMENTS de base (pas complémentaires)		
Êtes-vous assurer au public ou au privé pour vos médicaments ?		
mois	mois	
Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____	à _____
Mon propre régime collectif	De _____	à _____
Régime du conjoint/d'un parent	De _____	à _____

ASSURANCE MÉDICAMENTS - conjoint		
Êtes-vous assurer au public ou au privé pour vos médicaments ?		
mois	mois	
Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____	à _____
Mon propre régime collectif	De _____	à _____
Régime du conjoint/d'un parent	De _____	à _____

PERSONNES À CHARGE		
M	F	Prénom: _____ Nom: _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): _____ / _____ / _____ NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____		
M	F	Prénom: _____ Nom: _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): _____ / _____ / _____ NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____		
M	F	Prénom: _____ Nom: _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): _____ / _____ / _____ NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____		

COMMENTAIRES: