

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 Mobile: (____) _____ - _____
Adresse : _____ App. : _____
Ville: _____ Prov.: _____
Code postal: _____
Courriel : _____

COORDONNÉES - conjoint
Téléphone (____) _____ - _____
Téléphone Mobile: (____) _____ - _____
Cocher si adresse identique <input type="checkbox"/>
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 toute l'année 2019 ?(en excluant les personnes à charges) OUI NON
- Au 31.12.2019, 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 2019 ? 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 ? Poste (10\$) Email En personne
- Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ? Vir.Interac Carte Crédit (3\$)

ASSURANCE MÉDICAMENTS		
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les 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		
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les 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: