

QUESTIONNAIRE (clients fidèles)

DATE DU JOUR : _____

NOM

Prénom : _____

Nom : _____

NOM – CONJOINT

Prénom : _____

Nom : _____

CONSEILLER DEMANDÉ : Peu m'importe Nom du conseiller : _____**Année(s) de déclaration à produire :** 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012****** Désirez-vous le service express ?** OUI NON**COORDONNÉES**

Téléphone JOUR: (____) ____ - _____

Téléphone SOIR: (____) ____ - _____

Adresse : _____

App. : _____

Ville : _____ Prov. : _____

Code postal : _____

Courriel (fortement recommandé) : _____

COORDONNÉES - CONJOINT

Téléphone JOUR: (____) ____ - _____

Téléphone SOIR: (____) ____ - _____

Cocher si adresse identique :

Courriel : _____

Traiterons-nous la déclaration du conjoint : OUI NON

Si non, donnez son revenu pour l'année :

Ligne 236 fédéral : _____ \$

Ligne 275 Québec : _____ \$

Vous devez aussi fournir toute la déclaration du conjoint(e).- Avez-vous habité seul(e) (sans colocs ni personne) toute l'année? OUI NON
(exluant les personnes à charge)- Avez-vous quitté définitivement ou arrivé au pays durant l'année? OUI NON
Si oui, demandez nous le formulaire complémentaire.- Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger? OUI NON- Acheteur d'une première habitation dans l'année? OUI NON**ASSURANCE MÉDICAMENT**

Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments :

(mois) (mois)

Celle du gouvernement De _____ à _____

Mon propre régime collectif De _____ à _____

Régime collectif du conjoint/d'un parent De _____ à _____

Exception : Permis Vacances Travail De _____ à _____

ASSURANCE MÉDICAMENT – CONJOINT

Assurance de base couvrant les médicaments :

(mois) (mois)

Celle du gouvernement De _____ à _____

Mon propre régime collectif De _____ à _____

Régime collectif du conjoint/d'un parent De _____ à _____

Exception : Permis Vacances Travail De _____ à _____

CHANGEMENT À L'ÉTAT CIVIL* Remplir SEULEMENT si votre état civil a changé

Nouvel état civil : _____ Date du changement : (JJ/MM/AA) : ____/____/____

Détails du nouveau conjoint(e) : M F Date de naissance : (JJ/MM/AA) : ____/____/____ NAS : ____-____-____**NOUVELLES PERSONNES À CHARGE** M F Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : (JJ/MM/AA) : ____/____/____ NAS (si attribué) : ____-____-____

Si autre nouvelle personne à charge, veuillez l'écrire sur une note supplémentaire.