

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

Célibataire Conjoint de fait Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) 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: (____) _____ - _____

Cocher si adresse identique

Traiterons-nous la déclaration du conjoint: OUI NON

Si non, donnez son revenu net approx pour l'année _____ \$

Courriel : _____

- Avez-vous habité seul(e) durant toute l'année ? (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 l'an passé. 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 (5-10\$) 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:
