

# Analyse des besoins financiers pour les gens d'affaires

Nom de l'entreprise

Présenté par

Titre



**09-04-2025**

Date de création  
(JJ-MM-AAAA)

Date de modification  
(JJ-MM-AAAA)

 Pour une utilisation optimale de ce document, veuillez utiliser Adobe Acrobat.

## A – Renseignements de base sur l'entreprise

Nom de l'entreprise			Numéro d'enregistrement (fédéral/provincial)		
Adresse de l'entreprise (N°, rue, app.)		Ville	Province		Code postal
Adresse courriel de l'entreprise		Site Web de l'entreprise		N° téléphone de l'entreprise	
Secteur d'activité		Nom de la personne autorisée			
Date de création de l'entreprise (JJ-MM-AAAA)	Date de la dernière réorganisation (JJ-MM-AAAA)	Nature de la dernière réorganisation			

Exercice financier : \_\_\_\_\_ Type de société :  Exploitation  Gestion

Structure légale :  Société par actions  Fiducie  Société de personnes  Entreprise individuelle

Nombre d'employés : \_\_\_\_\_ Nombre d'heures rémunérées : \_\_\_\_\_ Juste valeur marchande (JVM) : \_\_\_\_\_ \$

Fiscaliste : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Expert-comptable : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Conseiller juridique : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Évolution de l'entreprise :  En croissance : \_\_\_\_\_ % annuel  Stable  En décroissance : \_\_\_\_\_ % annuel

Projets : \_\_\_\_\_

### Sommaire financier :

Année	Chiffre d'affaires	Profits/Pertes Net	Actifs	Passifs
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

### Personnes clés :

**Personne clé**  N/A

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ-MM-AAAA) \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Non Fumeur	Salaire (annuel)	Fonction
<input type="checkbox"/> Fumeur	\$	

Est-ce que l'absence prolongée de cette personne aurait des répercussions prévisibles ?  Non  Oui (si oui, veuillez fournir des détails) :

**Personne clé**  N/A

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ-MM-AAAA) \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Non Fumeur	Salaire (annuel)	Fonction
<input type="checkbox"/> Fumeur	\$	

Est-ce que l'absence prolongée de cette personne aurait des répercussions prévisibles ?  Non  Oui (si oui, veuillez fournir des détails) :

## B – Renseignements généraux sur la structure légale

### Société par actions

 N/A

Date d'incorporation (JJ-MM-AAAA): \_\_\_\_\_

 Catégorie de société par actions:  Privée  Publique

S'il s'agit d'une société privée sous contrôle canadien, est-ce qu'elle se qualifie comme SEPE (société exploitant une petite entreprise)?

 Non  Oui

Y a-t-il une convention signée liant les actionnaires?

 Non  Oui Date (JJ-MM-AAAA): \_\_\_\_\_

A-t-elle été modifiée?

 Non  Oui Date (JJ-MM-AAAA): \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu une réorganisation du capital-actions?

 Non  Oui Raison: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

La JVM des actions tient-elle compte de la valeur des filiales?

 Non  Oui JVM filiales: \_\_\_\_\_ \$

### Fiducie

 N/A

Type de fiducie: \_\_\_\_\_

Constituant: \_\_\_\_\_

Fiduciaire: \_\_\_\_\_

Fiduciaire(s) remplaçant(s): \_\_\_\_\_

Bénéficiaire(s): \_\_\_\_\_

Raison d'être: \_\_\_\_\_

### Société de personnes

 N/A

 Y a-t-il un contrat de société de personnes?  Non  Oui Date (JJ-MM-AAAA): \_\_\_\_\_

 Y a-t-il une convention signée liant les associés?  Non  Oui Date (JJ-MM-AAAA): \_\_\_\_\_

## C – Renseignements généraux sur les actionnaires / associés

**Actionnaire / associé 1**
**Actionnaire / associé 2**
**Actionnaire / associé 3**
**Actionnaire / associé 4**
**Nom:**

\_\_\_\_\_

**Fonction:**

\_\_\_\_\_

**Date de naissance**  
 (JJ-MM-AAAA):

\_\_\_\_\_

**Actionnaire/associé**  
 depuis (JJ-MM-AAAA):

\_\_\_\_\_

 Quand pensez-vous  
 vous retirer définitivement  
 de votre entreprise?

• À quel âge: \_\_\_\_\_ ans

\_\_\_\_\_ ans

\_\_\_\_\_ ans

\_\_\_\_\_ ans

• Dans combien de temps: \_\_\_\_\_ an(s)

\_\_\_\_\_ an(s)

\_\_\_\_\_ an(s)

\_\_\_\_\_ an(s)

**Fumeur:**
 Non  Oui

 Non  Oui

 Non  Oui

 Non  Oui

**État de santé général:**

\_\_\_\_\_

 Est-ce que l'absence  
 prolongée de l'actionnaire  
 aurait des répercussions  
 prévisibles?

 Non

 Oui

Montant: \_\_\_\_\_ \$

 Non

 Oui

Montant: \_\_\_\_\_ \$

 Non

 Oui

Montant: \_\_\_\_\_ \$

 Non

 Oui

Montant: \_\_\_\_\_ \$

**Actionnaire / associé 1****Actionnaire / associé 2****Actionnaire / associé 3****Actionnaire / associé 4**

Nom :

--	--	--	--

 **Détails de la convention d'actionnaires/d'associés** N/A

Âge prévu pour achat/rachat des actions/parts :

--	--	--	--

Existe-t-il une clause pour achat/rachat en cas de :

- |                     |   |   |   |   |
|---------------------|---|---|---|---|
| • Décès ?           | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| • Invalidité ?      | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| • Maladies graves ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |

 **Détails de la détention dans la société par actions** **Actions ordinaires** N/A

Pourcentage (%) :	%	%	%	%
Valeur :	\$	\$	\$	\$
PBR :	\$	\$	\$	\$
Capital versé :	\$	\$	\$	\$

 **Actions privilégiées** N/A

Pourcentage (%) :	%	%	%	%
Valeur :	\$	\$	\$	\$
PBR :	\$	\$	\$	\$
Capital versé :	\$	\$	\$	\$
Prêt à la société :	\$	\$	\$	\$
Prêt par la société :	\$	\$	\$	\$

 **Détails des intérêts dans la société de personnes** N/A

% de participation :	%	%	%	%
Partage des profits en % :	%	%	%	%
Capital actuel en \$ :	\$	\$	\$	\$
Prélèvement annuel moyen :	\$	\$	\$	\$

## D – Assurances en vigueur

Preneur	Personne assurée	Compagnie d'assurance	Montant assuré	Prime	Type Vie, MG, Inv.	Protection Temp./Perm. Ind./Col.	Bénéficiaire
1.			\$	\$			
2.			\$	\$			
3.			\$	\$			
4.			\$	\$			
5.			\$	\$			
6.			\$	\$			
7.			\$	\$			
8.			\$	\$			
9.			\$	\$			
10.			\$	\$			

## E – Notes

## F – Utilisation prévue de l'assurance — objectifs et besoins (cochez)

	Assurance vie	Assurance maladies graves
1. Financement de l'achat ou du rachat d'actions/de parts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cautionnement par l'actionnaire/associé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dettes et autres engagements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Impact économique lié à l'absence de l'actionnaire/associé ou de la personne clé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Don planifié.	<input type="checkbox"/>	s.o.
6. Autres stratégies d'investissement.	<input type="checkbox"/>	s.o.

**G – Analyse des besoins financiers pour les gens d'affaires : Assurance vie**

Nom des assurés : \_\_\_\_\_

**1. Financement de l'achat ou du rachat d'actions / de parts**

Valeur des actions ordinaires/parts <sup>1</sup> :		\$	\$	\$	\$
Plus-value estimée projetée (Justification requise) :	+	\$	\$	\$	\$
Valeur des actions privilégiées :	+	\$	\$	\$	\$
<b>Total :</b>	=	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ①

<sup>1</sup> Valeur obtenue dans la convention en vigueur ou estimée par le client. Si vous utilisez la valeur estimée, elle sera retenue aux fins d'analyse.

**2. Cautionnement par l'actionnaire/associé**

Montant total engagé : \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ ②

**3. Dettes et autres engagements**

Créances :		\$	\$	\$	\$
Crédit-bail :	+	\$	\$	\$	\$
Bail commercial :	+	\$	\$	\$	\$
Pénalité pour rupture de contrat :	+	\$	\$	\$	\$
Transactions entre personnes liées/sociétés apparentées :	+	\$	\$	\$	\$
Avances :	+	\$	\$	\$	\$
Autres :	+	\$	\$	\$	\$
Autres :	+	\$	\$	\$	\$
Autres :	+	\$	\$	\$	\$
<b>Total :</b>	=	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ③

Nom des assurés :

---

#### 4. Répercussions économiques liées à l'absence de l'actionnaire/ associé ou de la personne clé

- Répercussions sur le bilan

Pertes d'actifs:		\$	\$	\$	\$
Passifs supplémentaires:	+	\$	\$	\$	\$

- Répercussions sur les résultats

Pertes de revenu:	+	\$	\$	\$	\$
Coûts liés au recrutement:	+	\$	\$	\$	\$
Rémunération du candidat remplaçant:	+	\$	\$	\$	\$
Coût de formation du remplacement:	+	\$	\$	\$	\$
Autre(s) dépense(s):	+	\$	\$	\$	\$
Autre(s) dépense(s):	+	\$	\$	\$	\$
<b>Total:</b>	<b>=</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ④

#### 5. Don planifié

Montant du don:		\$	\$	\$	\$
-----------------	--	----	----	----	----

#### 6. Autres stratégies d'investissement (justifications requises)

Montant d'assurance vie requis:		\$	\$	\$	\$
---------------------------------	--	----	----	----	----

Veuillez préciser:

---

#### 7. Total des besoins financiers en cas de décès

① + ② + ③ + ④ + ⑤ + ⑥ =					
<b>Total:</b>	<b>=</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ⑦

#### 8. Liquidités disponibles et assurances en vigueur

Liquidités disponibles:		\$	\$	\$	\$
Assurances en vigueur:	+	\$	\$	\$	\$
<b>Total:</b>	<b>=</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ⑧

#### 9. Montant supplémentaire d'assurance vie estimé

⑦ - ⑧ =					
<b>Montant total:</b>	<b>=</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ⑨

**H – Analyse des besoins financiers pour les gens d'affaires : Assurance maladies graves**

Nom des assurés :

\_\_\_\_\_

**1. Financement de l'achat ou du rachat d'actions / de parts**

Valeur des actions ordinaires/parts <sup>1</sup> :		\$	\$	\$	\$
Plus-value estimée projetée (Justification requise) :	+	\$	\$	\$	\$
Valeur des actions privilégiées :	+	\$	\$	\$	\$
<b>Total :</b>	<b>=</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ①

<sup>1</sup> Valeur obtenue dans la convention en vigueur ou estimée par le client. Si vous utilisez la valeur estimée, elle sera retenue aux fins d'analyse.

**2. Cautionnement par l'actionnaire/associé**

<b>Montant total engagé :</b>		\$	\$	\$	\$
-------------------------------	--	----	----	----	----

**3. Dettes et autres engagements**

Créances :		\$	\$	\$	\$
Crédit-bail :	+	\$	\$	\$	\$
Bail commercial :	+	\$	\$	\$	\$
Pénalité pour rupture de contrat :	+	\$	\$	\$	\$
Transactions entre personnes liées/sociétés apparentées :	+	\$	\$	\$	\$
Avances :	+	\$	\$	\$	\$
Autres :	+	\$	\$	\$	\$
Autres :	+	\$	\$	\$	\$
Autres :	+	\$	\$	\$	\$
<b>Total :</b>	<b>=</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ③

Nom des assurés :

\_\_\_\_\_

#### 4. Répercussions économiques liées à l'absence de l'actionnaire/associé ou de la personne clé

- Répercussions sur le bilan

Pertes d'actifs:		\$	\$	\$	\$
Passifs supplémentaires:	+	\$	\$	\$	\$

- Répercussions sur les résultats

Pertes de revenu:	+	\$	\$	\$	\$
Coûts liés au recrutement:	+	\$	\$	\$	\$
Rémunération du candidat remplaçant:	+	\$	\$	\$	\$
Coût de formation du remplacement:	+	\$	\$	\$	\$
Autre(s) dépense(s):	+	\$	\$	\$	\$
Autre(s) dépense(s):	+	\$	\$	\$	\$
<b>Total:</b>	=	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ④

#### 5. Total des besoins financiers en cas de maladies graves

① + ② + ③ + ④ =

<b>Total:</b>	=	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ⑤
---------------	---	----------------	----------------	----------------	------------------

#### 6. Liquidités disponibles et assurances en vigueur

Liquidités disponibles:		\$	\$	\$	\$
Assurances en vigueur:	+	\$	\$	\$	\$
<b>Total:</b>	=	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ⑥

#### 7. Montant supplémentaire d'assurance maladies graves estimé

⑤ - ⑥ =

<b>Montant total:</b>	=	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b> ⑦
-----------------------	---	----------------	----------------	----------------	------------------

## I – Recommandation(s)

## J – Documentation supplémentaire remise

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Convention entre associés/actionnaires | <input type="checkbox"/> Contrat d'assurance | <input type="checkbox"/> États financiers            |
| <input type="checkbox"/> Organigramme                           | <input type="checkbox"/> Contrat de société  | <input type="checkbox"/> Acte de donation fiduciaire |
| <input type="checkbox"/> Autre: _____                           | <input type="checkbox"/> Autre: _____        | <input type="checkbox"/> Autre: _____                |



## Desjardins, un nom qui inspire confiance!

Le Mouvement Desjardins est le premier groupe financier coopératif au Canada et l'une des institutions financières les mieux capitalisées au pays. Il jouit d'excellentes cotes de crédit comparables à celles de plusieurs grandes banques canadiennes et même internationales. Cela lui vaut notamment d'être reconnu parmi les institutions financières les plus solides dans le monde selon le magazine *The Banker*.

**[desjardinsassurancevie.com](http://desjardinsassurancevie.com)**

# Analyse des besoins d'assurance maladies graves (postétablissement)



Contrat souscrit auprès de Desjardins Assurances le \_\_\_\_\_

JJ/MM/AAAA

Le présent formulaire sert à réévaluer les besoins des preneurs et de l'assuré couvert en vertu d'un contrat d'assurance en copropriété, lorsque la prestation de santé (remboursement de primes) est demandée avant l'expiration de la durée de protection requise par la société lors de l'établissement du contrat\*.

Nom du preneur 1: \_\_\_\_\_

Nom du preneur 2: \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_

L'assuré est:  actionnaire  employé clé

Numéro du contrat: \_\_\_\_\_

Âge actuel de l'assuré: \_\_\_\_\_

Âge de l'assuré à l'établissement du contrat: \_\_\_\_\_

Nombre d'années écoulées depuis l'établissement du contrat: \_\_\_\_\_

Protection de la société initialement prévue jusqu'à l'âge de, ou pour une durée de: \_\_\_\_\_ ans

Total des primes payées par la société depuis l'établissement du contrat: \_\_\_\_\_ \$

\* Cette réévaluation est également recommandée lorsqu'une diminution du montant d'assurance est demandée. Ceci entraîne un versement partiel de la prestation de santé.

Les conséquences fiscales indiquées dans les trois situations ci-après s'appuient sur les lois applicables et les politiques administratives publiées par les autorités fiscales en date de juin 2021. Desjardins Assurances se réserve expressément le droit de modifier sans préavis ses commentaires sur les conséquences fiscales dont il est question ci-dessous dans l'éventualité où des modifications sont apportées aux lois applicables ou aux politiques administratives. Desjardins Assurances ne donne aucune garantie quant aux implications fiscales des trois situations décrites et ne peut être tenue responsable de toute conséquence fiscale découlant de l'une ou l'autre de ces situations. L'information vise à guider les représentants qui traitent avec les clients. Les clients devraient consulter leurs propres conseillers juridiques et fiscaux.

L'assuré veut se prévaloir de son droit à la prestation de santé avant la fin de la durée de protection de la société prévue initialement dans la convention de copropriété. Dans un tel cas, l'une des trois situations suivantes s'applique. Cochez la case appropriée.

- L'assuré se retire complètement des activités de la société.
- Dans une telle situation, le besoin d'assurance n'existe plus. Cela n'entraînerait normalement pas d'appauvrissement de la société au profit de son actionnaire ou de son employé clé. Il n'y aurait donc pas de conséquences fiscales\*\*.
- L'assuré demeure actif dans la société, mais diminue sensiblement ses activités ou ne joue plus un rôle clé dans les activités de cette dernière. Ses responsabilités sont transférées à une autre personne.

Précisez : \_\_\_\_\_

- Dans une telle situation, si le besoin d'assurance n'existe plus, il n'y aurait normalement pas d'appauvrissement de la société au profit de son actionnaire ou de son employé clé. Il n'y aurait donc pas de conséquences fiscales\*\*.
  - Par contre, si le besoin d'assurance existe toujours, il y aurait fort probablement un appauvrissement de la société et, donc, des conséquences fiscales (voir la formule d'évaluation ci-dessous). L'existence ou non du besoin d'assurance dépend des faits propres à chaque situation.
- L'assuré demeure actif dans la société et continue à jouer son rôle comme avant.
- Dans une telle situation, le besoin d'assurance existe toujours. Il y aurait fort probablement un appauvrissement de la société au profit de son actionnaire ou de son employé clé et, donc, des conséquences fiscales. En effet, la société aura payé une portion plus élevée de la prime que celle qu'elle aurait normalement assumée (voir la formule d'évaluation ci-dessous).

\*\* Dans le cas d'un employé clé qui n'est pas actionnaire, les autorités fiscales pourraient être d'avis qu'il a reçu un avantage imposable en vertu de son emploi lors du versement de la prestation de santé même si la société n'est pas appauvrie. La détermination de la valeur de cet avantage étant une question de fait, les clients doivent consulter un conseiller fiscal indépendant à cet égard.

## Formule d'évaluation (s'il y a lieu)

La formule suivante permet de calculer la portion des primes payées par la société à l'avantage de son actionnaire ou de son employé clé.

Total des primes réellement payées par la société	_____
Moins la portion des primes révisée <sup>1</sup> totale <b>qu'aurait dû</b> payer la société	- _____
<b>Portion des primes payées par la société à l'avantage de son actionnaire ou de son employé clé</b>	= _____ 0.00 \$

## Signatures

À ma connaissance, les informations précédentes sont fidèles et conformes à la situation.

En foi de quoi, nous avons signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du preneur 1 du contrat (nom légal de la société) (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal autorisé du preneur 1 du contrat (société)

\_\_\_\_\_  
Nom du preneur 2 du contrat (actionnaire ou employé clé assuré) (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur 2 du contrat

\_\_\_\_\_  
Nom de l'assuré (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Nom du conseiller (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

<sup>1</sup> La portion des primes totale révisée de la société est celle qui aurait été établie lors de l'établissement du contrat d'assurance maladies graves temporaire (T10, T20, T65 ou T75) avec GRPD pour le nombre d'années écoulées depuis l'établissement du contrat.

# Analyse des besoins en assurance invalidité

SOLO<sup>MC</sup> Assurance salaire  
SOLO<sup>MC</sup> Essentiel Assurance salaire  
SOLO<sup>MC</sup> Assurance proprio



Assurez-vous que l'analyse de besoin financier complète soit faite avant de soumettre cette présente analyse de besoin.

## A. Renseignements de base

Sexe:  H  F Âge: \_\_\_\_\_  Non-fumeur  Fumeur État civil: \_\_\_\_\_  
Nombre de personnes à charge: \_\_\_\_\_ Leur âge: \_\_\_\_\_ Valeur nette: \_\_\_\_\_

## B. Profil d'emploi

Profession ou métier: \_\_\_\_\_ Niveau d'études: \_\_\_\_\_ Industrie: \_\_\_\_\_  
Nom de l'entreprise: \_\_\_\_\_ Site Internet: \_\_\_\_\_  
Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier? \_\_\_\_\_  
Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre compte? \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures par semaine: \_\_\_\_\_ Nombre de semaines par année: \_\_\_\_\_

Fonctions	Pourcentage	Tâches (Précisez vos tâches, particulièrement celles manuelles ou physiques.)
Manuelles ou physiques		
Gestion ou travail de bureau		
Ventes		
Supervision		
Autres, précisez:		

TOTAL: **0,00**

Occupez-vous un autre emploi?  Oui  Non

Si « **Oui** », indiquez les fonctions exactes: \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine: \_\_\_\_\_ Nombre de semaines par année: \_\_\_\_\_ Revenu annuel: \_\_\_\_\_ \$

Travaillez-vous à domicile?  Oui  Non

Si « **Oui** »,

a) Indiquez le pourcentage du travail que vous effectuez à domicile au cours d'une année: \_\_\_\_\_ %

b) si vous avez une clientèle, se rend-elle chaque semaine à votre domicile pour recevoir vos services?  Oui  Non

c) avez-vous touché un revenu annuel d'au moins 50 000 \$, après déduction de vos dépenses d'emploi, pour chacune des 2 dernières années?  Oui  Non

## C. Revenu annuel

Revenu annuel net assurable (après les dépenses déductibles du revenu, mais avant impôts)

Votre situation actuelle	Revenu à ce jour (année en cours)	Revenu de l'année précédente	Revenu de l'avant-dernière année
<input checked="" type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Travailleur autonome à commission <input type="checkbox"/> Associé			
<input checked="" type="checkbox"/> Propriétaire d'une société par actions Pourcentage des actions ordinaires détenues: <b>0%</b>	Salaire (excluant les dividendes)		
Nombre d'employés: _____ Date d'incorporation de l'entreprise: _____ JJ-MM-AAAA	Votre part des profits ou des pertes de l'entreprise		
	Total	<b>0,00 \$</b>	<b>0,00 \$</b>

## D. Dépenses mensuelles

Loyer ou versements hypothécaires: \_\_\_\_\_ \$ Remboursement de prêts/de cartes de crédit: \_\_\_\_\_ \$ Vêtements: \_\_\_\_\_ \$  
Taxes municipales et scolaires: \_\_\_\_\_ \$ Assurances: \_\_\_\_\_ \$ Soins personnels: \_\_\_\_\_ \$  
Électricité et chauffage: \_\_\_\_\_ \$ Épargne: \_\_\_\_\_ \$ Loisirs: \_\_\_\_\_ \$  
Téléphone, câble, Internet: \_\_\_\_\_ \$ Nourriture: \_\_\_\_\_ \$ Obligations alimentaires: \_\_\_\_\_ \$  
Paiement d'automobile: \_\_\_\_\_ \$ Frais médicaux et dentaires: \_\_\_\_\_ \$ Autres dépenses: \_\_\_\_\_ \$  
Frais d'automobile/de transport: \_\_\_\_\_ \$ Garderie/Frais scolaires: \_\_\_\_\_ \$ TOTAL: \_\_\_\_\_ **0,00** \$

## E. Ressources financières mensuelles

En cas d'invalidité, sur quelles sources de revenu pourriez-vous compter?

Assurance-emploi: \_\_\_\_\_ \$  Assurance prêt: \_\_\_\_\_ \$  
(Ces prestations sont versées durant 26 semaines seulement.)  Conjoint(e): \_\_\_\_\_ \$  
 Assurance invalidité collective: \_\_\_\_\_ \$  Autres: \_\_\_\_\_ \$  
 Assurance invalidité personnelle: \_\_\_\_\_ \$  
 Assurance hypothèque: \_\_\_\_\_ \$ TOTAL: \_\_\_\_\_ **0,00** \$

## F. Montant mensuel nécessaire en cas d'invalidité

Assurance invalidité mensuelle nécessaire (total section D – total section E): \_\_\_\_\_ **0,00** \$

## G. Protection désirée

Si vous deveniez invalide, pendant combien de temps votre coussin d'urgence durerait-il?

30 jours  60 jours  90 jours  120 jours  365 jours  730 jours

En cas d'accident, aimeriez-vous être couvert dès le 1<sup>er</sup> jour?  Oui  Non

Pendant combien de temps auriez-vous besoin du remplacement de votre revenu?

2 ans  5 ans  jusqu'à l'âge de 65 ans

Protections complémentaires (section facultative):

Prolongation de la période de profession habituelle  Option d'assurabilité future  Invalidité partielle  Invalidité résiduelle  
 Coût de la vie  Remboursement des primes  Fracture accidentelle  Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles

Êtes-vous couvert par une assurance soins médicaux (autre que le régime provincial d'assurance maladie)?  Oui  Non

Compte tenu de vos besoins, quel montant seriez-vous prêt à verser tous les mois pour assurer le maintien de votre niveau de vie? \_\_\_\_\_ \$

## H. Protection d'assurance invalidité en vigueur

Avez-vous une assurance invalidité en vigueur?  Oui  Non

Si « **Oui** », indiquez :

le nom de l'assureur: \_\_\_\_\_ le type de protection: \_\_\_\_\_ la date de l'établissement: \_\_\_\_\_ JJ-MM-AAAA

le montant mensuel: \_\_\_\_\_ la période d'attente: \_\_\_\_\_ la période d'indemnisation: \_\_\_\_\_

## I. Information additionnelle et signature

J'atteste que M. ou M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_ a effectué en ce jour, le \_\_\_\_\_ JJ-MM-AAAA, la présente analyse de mes besoins en cas d'invalidité, la copie de ce document me sera remise au plus tard à l'émission du contrat.

Signature du membre-client: \_\_\_\_\_ Signature du conseiller: \_\_\_\_\_

## Assurabilité médicale

Votre état de santé ainsi que les habitudes de vie telles que la pratique d'un sport dangereux, la consommation d'alcool et de drogues, les voyages à l'extérieur de l'Amérique du Nord, ou encore la faillite, le dossier criminel et la conduite dangereuse, peuvent avoir des conséquences sur votre assurabilité. Pour cette raison, une évaluation préliminaire est essentielle avant de faire la demande d'une protection d'assurance invalidité. Votre conseiller peut se référer au guide de présélection des risques disponible sur [Webi.ca](http://Webi.ca) pour plus d'informations.