

## 1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET ÉTAT DE SANTÉ

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Nom à la naissance (si différent) \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F Date de naissance: \_\_\_\_\_

Année Mois Jour Ind. rég. Téléphone  Non-fumeur  Fumeur Province de résidence \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance invalidité en cas d'accident ou de maladie qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime?  Oui  Non – Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

## 2 PROFIL D'EMPLOI

Profession \_\_\_\_\_ Secteur d'activité \_\_\_\_\_ Nombre d'années chez l'employeur actuel \_\_\_\_\_

Fonctions \_\_\_\_\_ Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Nombre de mois travaillés par année \_\_\_\_\_ % de votre travail considéré comme manuel ou physique \_\_\_\_\_

- 2.1 Quel pourcentage de votre travail est effectué à domicile? \_\_\_\_\_ %
- 2.2 Êtes-vous admissible à l'indemnisation des accidentés du travail?  Oui  Non
- 2.3 Êtes-vous admissible à l'assurance-emploi?  Oui  Non
- 2.4 Êtes-vous couvert par d'autres régimes d'assurance-invalidité?  Oui  Non – Si oui, indiquer le montant de la couverture: \_\_\_\_\_

## 3 REVENU GAGNÉ

Veillez cocher la case correspondant à votre situation professionnelle actuelle et votre revenu annuel net de l'année précédente. Le revenu net correspond au revenu déduit des dépenses avant impôt.

<input type="checkbox"/> Salarié	\$
<input type="checkbox"/> Employé à commission	\$
<input type="checkbox"/> Travailleur autonome	\$
<input type="checkbox"/> Associé	\$
<input type="checkbox"/> Propriétaire d'entreprise	\$

## 4 BESOINS FINANCIERS MENSUELS

Versements hypothécaires ou loyer	\$	Épicerie	\$
Services publics (électricité, chauffage)	\$	Épargne (REER, REEE, fonds d'urgence)	\$
Téléphone, câble, Internet	\$	Dépenses personnelles (vêtements, conditionnement physique, etc.)	\$
Transport	\$	Frais de garde et droits de scolarité	\$
Taxes municipales et scolaires	\$	Divertissement	\$
Versements de prêts	\$	Frais médicaux et dentaires	\$
Primes d'assurance	\$	<b>BESOINS FINANCIERS MENSUELS TOTAUX (4)</b>	<b>\$</b>

## 5 PROTECTION MENSUELLE ACTUELLE

<input type="checkbox"/> Assurance-emploi	\$
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité collective	\$
<input type="checkbox"/> Assurance salaire personnelle	\$
<input type="checkbox"/> Revenu du conjoint	\$
<input type="checkbox"/> Autre	\$
<b>PROTECTION MENSUELLE ACTUELLE TOTALE (5)</b>	<b>\$</b>

## 6 BESOINS MENSUELS EN CAS D'INVALIDITÉ

Besoins financiers mensuels totaux (4)	\$
Protection mensuelle actuelle totale (5)	–
<b>BESOINS MENSUELS EN CAS D'INVALIDITÉ</b>	<b>= \$</b>

## 7 TYPE D'ASSURANCE DEMANDÉ

- 7.1 Considérant vos besoins, quel budget mensuel seriez-vous prêt à consacrer au paiement d'une assurance invalidité pour maintenir votre mode de vie? \_\_\_\_\_ \$
- 7.2 Quels risques désirez-vous couvrir en souscrivant une assurance invalidité?  Accident  Maladie  Accident et maladie
- 7.3 Si vous ne pouviez plus travailler en raison d'une invalidité, vos économies pourraient subvenir à vos besoins pendant combien de temps?  
 0 jour  14 jours  30 jours  60 jours  90 jours  120 jours
- 7.4 En cas d'invalidité, quelle serait la durée d'indemnisation souhaitée?  2 années  5 années  Jusqu'à la retraite

## 8 GARANTIES COMPLÉMENTAIRES À LA PROTECTION DU REVENU

- Profession habituelle  Option d'assurabilité future  Remboursement des primes  Option d'indexation  
 Fracture accidentelle  DMA ou perte d'usage  Assurance hospitalisation

## 9 SIGNATURES

Je certifie que M. ou Mme \_\_\_\_\_  
a rempli la présente fiche d'analyse des besoins personnels pour assurance accident et maladie le 

--	--	--	--	--	--

  
Année Mois Jour

X

Signature du client

X

Signature du représentant