

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	\$	BESOINS FINANCIERS MENSUELS TOTAUX (4)	\$

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	\$
PROTECTION MENSUELLE ACTUELLE TOTALE (5)	\$

6 BESOINS MENSUELS EN CAS D'INVALIDITÉ

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

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



Signature du client



Signature du représentant