
Questionnaire d'évaluation de vos besoins financiers



Assomption Vie



Nom du client : _____

Nom du conjoint : _____

Conseiller : _____

Date : _____

Partie 1 – Objectifs

1. Quels sont les objectifs personnels les plus importants pour vous ?

2. Que recherchez-vous de l'assurance vie pour vous et votre famille ?

3. Est-ce que l'épargne pour l'éducation de vos enfants est importante pour vous ? Pourquoi ?

4. Aujourd'hui, quel pourcentage du revenu familial devrait être économisé ? Pour quelles raisons ?

5. Lorsque vous placez votre argent, quel taux de rendement annuel voulez-vous obtenir ?

6. a) À quel âge voulez-vous prendre votre retraite ? _____

b) Quels sont vos plans de retraite ? _____

c) Est-ce important pour vous d'épargner pour la retraite ? _____

7. Êtes-vous au courant des régimes de retraite de l'État et des montants de leurs prestations ? _____

8. Si vous ne pouviez plus travailler à cause d'une invalidité, vos économies vous permettraient de tenir le coup pendant combien de temps ? _____

L'information recueillie est tenue strictement confidentielle et sera utilisée pour évaluer vos besoins financiers.

Partie 2 – Renseignements personnels

	CLIENT	CONJOINT
	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom :	_____	_____
Nom :	_____	_____
Date de naissance :	_____	_____
État matrimonial : (par exemple, marié, divorcé, célibataire, conjoint de fait, veuf ou autre)	_____	_____
Courriel :	_____	_____
Adresse :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Métier / Profession :	_____	_____
Depuis (date) :	_____	_____
Employeur :	_____	_____
Type d'emploi :	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Autonome
État de santé :	<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur	<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur

Personnes à charge

Nom	Lien de parenté	Date de naissance

Conseillers professionnels

	Nom	Firme	Téléphone	Courriel
Avocat				
Comptable ou fiscaliste				
Coutier en assurance de personnes				
Planificateur ou conseiller financier				
Autre :				

Partie 3 – Gestion financière

REVENUS

REVENU BRUT _____ \$

MOINS :

Impôts (_____)

Assurance emploi (_____)

RPC/RRQ (_____)

Pension (_____)

Autres (_____)

REVENU NET _____ \$

Revenu de loyer _____

Dividendes _____

Intérêt _____

Pension _____

Autres _____

REVENU TOTAL _____ \$

DÉPENSES

LOGEMENT

Hypothèque/Loyer _____

Entretien et réparations _____

Taxes, eau, égout _____

Chauffage et électricité _____

Tél./Internet/Câble _____

Assurance _____

Autre _____

DÉPENSES DE SUBSISTANCE

Alimentation _____

Habillement _____

Soins de santé _____

Soins personnels _____

Frais bancaires _____

Garde des enfants _____

Autre _____

TRANSPORT

Essence _____

Entretien et réparations _____

Locat./Emprunt/Econ. _____

Permis de conduire
et d'immatriculation _____

Assurance _____

Autre _____

DIVERS

Dons _____

Loisirs _____

Cadeaux _____

Vacances _____

Rembours. d'emprunts _____

Restaurants _____

Abonnements _____

Autre _____

ÉCONOMIES ET ASSURANCES

Buts à court terme _____

Épargne-retraite _____

Épargne-études _____

Autres épargnes _____

Assurance vie _____

Assurance invalidité _____

Assurance
maladies graves _____

Autres _____

DÉPENSES TOTALES _____ \$

Partie 5 – Retraite

Objectifs de retraite

	CLIENT	CONJOINT
Date de la prise de retraite (âge/année)	_____	_____
Espérance de vie (âge/année)	_____	_____
Revenu annuel net souhaité à la retraite (en dollars d'aujourd'hui)	_____	_____
Taux annuel d'inflation prévu (%)	_____	_____

Limites REER et CELI

	CLIENT	CONJOINT
Maximum déductible au titre des REER pour l'année 20__	_____	_____
Cotisation maximale permise à un CELI pour l'année 20__	_____	_____

Sources de revenu de retraite

Régime de retraite à prestations déterminées : (Il est préférable d'obtenir une pension estimée à partir du relevé du régime de pension ou de l'administrateur du régime.)

	CLIENT	CONJOINT
Méthode formule :		
Date de participation à la pension (date d'adhésion)	_____	_____
Nombre d'années du salaire moyen	_____	_____
Formule du régime de pension (% par année de service)	_____	_____
Rente mensuelle estimée plutôt que selon la méthode de la formule	_____	_____

Sources de revenu de retraite (suite)

Régime de retraite à prestations déterminées (suite) : (Il est préférable d'obtenir une pension estimée à partir du relevé du régime de pension ou de l'administrateur du régime.)

	CLIENT	CONJOINT
Indexée à l'inflation ? (oui / non)	_____	_____
La pension est-elle intégrée (avec le RPC/RRQ, SV) ?	_____	_____
Début des prestations (à la retraite ou un âge spécifié)	_____	_____
Pourcentage payable au survivant (le cas échéant)	_____	_____

Régime de retraite à cotisations déterminées

	CLIENT	CONJOINT
Valeur actuelle	_____	_____
Fréquence des cotisations	_____	_____
Pourcentage du salaire par année ou valeur monétaire par cotisation	_____	_____

Régime de pensions du Canada

	CLIENT	CONJOINT
Âge au début des prestations	_____	_____
Admissibilité aux prestations (pourcentage)	_____	_____
Prestation mensuelle estimée (si elle est connue)	_____	_____
RPC partagé (oui / non)	_____	_____

Sources de revenu de retraite (suite)

Sécurité de la vieillesse

	CLIENT	CONJOINT
Admissibilité aux prestations	_____	_____
Prestation mensuelle estimée (si elle est connue)	_____	_____

Autres objectifs financiers et commentaires additionnels

(Utilisez cette section pour noter les autres objectifs financiers et toutes autres informations que vous jugez pertinentes dans le cadre de la planification financière de votre client.)

Partie 6 – Assurances et planification successorale

En cas de décès, invalidité ou maladies graves, quelles sont vos préoccupations concernant l'impact de ces évènements sur votre situation financière ?

Assurance vie

Assuré	Assureur	Date établie	Type d'assurance	Montant d'assurance	Prime

Assurance maladies graves

Assuré	Assureur	Date établie	Type d'assurance	Montant d'assurance	Prime

Assurance invalidité

Assuré	Assureur	Date établie	Type d'assurance	Montant d'assurance	Prime

Avez-vous un testament ? Oui Non Date révisée _____

Avez-vous une procuration pour biens ? Oui Non Date révisée _____

Avez-vous une procuration pour soins personnels (testament biologique) ? Oui Non Date révisée _____



Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie

C.P. 160/770 rue Main, Moncton (N.-B.) E1C 8L1

Téléphone : 506-853-6040 • Télécopieur : 1-855-577-3864

Sans frais : 1-888-455-7337

www.assomption.ca