

QUESTIONNAIRE (CLIENTS EXISTANTS)

Retirer le filigrane maintenant

NOM	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

NOM - conjoint	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

ÉTAT CIVIL (cochez si identique à l'année dernière)

☐ 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 (cochez si identique à l'année dernière)

Téléphone JOUR: (____) ____ - ____

Téléphone SOIR: (____) ____ - ____

Adresse : _____ App. : ____

Ville: _____ Prov.: ____

Code postal: _____

Courriel : _____

COORDONNÉES - conjoint

Téléphone JOUR: (____) ____ - ____

Téléphone SOIR: (____) ____ - ____

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 2017 ? (en excluant les personnes à charges) **OUI** **NON**
- Au 31.12.2017, 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 ? **OUI** **NON**
- Avez-vous acheté une première habitation ou vendu votre résidence principale en 2017 ? **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'impôts ?
- Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ?

Poste(5\$) Email En Personne

Vir.Interac Carte Crédit(2\$) Paypal(2\$)

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 (cochez si identique à l'année dernière)

) 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

: