

QUESTIONNAIRE DU CLIENT

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

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

| IDENTIFICATION |
|--|
| Numéro d'ass. Sociale : _____ - _____ - _____ |
| Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____ |

| IDENTIFICATION - conjoint |
|--|
| Numéro d'ass. Sociale : _____ - _____ - _____ |
| Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____ |

| ÉTAT CIVIL |
|---|
| <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) |
| Si votre état civil a changé dans l'année : Ancien état civil: _____ |
| Date du changement (JJ/MM/AA): ____/____/____ |

| COORDONNÉES |
|--------------------------------------|
| Téléphone JOUR: (____) _____ - _____ |
| Téléphone SOIR: (____) _____ - _____ |
| Adresse : _____ App. : _____ |
| Ville: _____ Prov.: _____ |
| Code postal: _____ |
| Courriel : _____ |

| COORDONNÉES - conjoint |
|---|
| Téléphone JOUR: (____) _____ - _____ |
| Téléphone SOIR: (____) _____ - _____ |
| Cocher si adresse identique <input type="checkbox"/> |
| Traiterons-nous la déclaration du conjoint: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si non, donnez son revenu approx pour l'année _____ \$ |
| Courriel : _____ |

- Avez-vous habité seul(e) durant toute l'année 2015?(en excluant les personnes à charges) OUI NON
- Au 31.12.2015, combien de personnes vivaient avec vous ? _____
- Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger ? OUI NON
- Etes-vous un citoyen canadien ? OUI NON
- Etes-vous un non-résident du Canada ? OUI NON
- Avez-vous acheté une première habitation dans l'année ? OUI NON
- Est-ce que vous voulez qu'un technicien vous appel ? OUI Au besoin
- Comment voulez-vous recevoir la copie de vos déclarations d'impôts ? Poste Email En Personne
- Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ? Vir.Interac Carte Crédit(2\$) Paypal(2\$)

| ASSURANCE MÉDICAMENTS |
|---|
| Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments |
| Celle du gouvernement (RAMQ) De _____ mois à _____ mois |
| Mon propre régime collectif De _____ mois à _____ mois |
| Régime du conjoint/d'un parent De _____ mois à _____ mois |

| ASSURANCE MÉDICAMENTS - conjoint |
|---|
| Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments |
| Celle du gouvernement (RAMQ) De _____ mois à _____ mois |
| Mon propre régime collectif De _____ mois à _____ mois |
| Régime du conjoint/d'un parent De _____ mois à _____ mois |

| PERSONNES À CHARGE |
|---|
| 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: |
|---------------|
| |