

Renseignements personnels

Nom du client ou de la cliente _____ Prénom du client ou de la cliente _____

Adresse _____

Tél. _____ Date de naissance _____ Revenu annuel _____ \$

Statut matrimonial _____ Testament Mandat Nombre de dépendants _____

Nom - conjoint(e) _____ Prénom - conjoint(e) _____

Date de naissance - conj. _____ Revenu annuel _____ \$ Testament Mandat

Assurance en vigueur

Compagnie	V = Vie Inv. = Invalidité MG = Mal. Grave	Montant

Bilan financier sommaire

Actifs

	Client	Conjoint(e)
Épargnes non-enregistrés	_____ \$	_____ \$
CÉLI	_____ \$	_____ \$
Régimes enregistrés (ex. REER, REEE)	_____ \$	_____ \$
Résidence	_____ \$	_____ \$
Autre bien	_____ \$	_____ \$
Actifs totaux	_____ \$	_____ \$

Passifs

Dettes courantes	_____ \$	_____ \$
Emprunts	_____ \$	_____ \$
Hypothèques	_____ \$	_____ \$
Autres dettes	_____ \$	_____ \$
Passifs totaux	_____ \$	_____ \$
Avoir net	_____ \$ ^①	_____ \$ ^①

Actifs

Institutions	Comptant, CÉLI, REER ou FERR	Montant

Passifs

Institutions	Hypothèque, Prêt, Crédit	Montant

En cas de décès, d'invalidité ou de maladies graves

Liquidité nécessaire :

	Client	Conjoint(e)
Frais relié au sinistre	_____ \$	_____ \$
Fonds de réserve	_____ \$	_____ \$
Fonds d'éducation	_____ \$	_____ \$
Passifs à rembourser	_____ \$	_____ \$
Total des liquidités nécessaires	_____ \$ ^②	_____ \$ ^②

Maintien du revenu annuel:

	Client	Conjoint(e)
Revenu remplacé du sinistré _____ %	_____ \$	_____ \$
Moins (-)		
Revenu du survivant estimé du RRQ	_____ \$	_____ \$
Autres revenus _____	_____ \$	_____ \$
Revenu nécessaire	_____ \$	_____ \$

Capital nécessaire à _____ % _____ \$^③ _____ \$^③

Besoin d'assurance total

= ② + ③ - ① _____ \$ _____ \$

Pour l'ensemble de leurs protections d'assurance de personnes, les clients établissent leur capacité de payer leurs primes à un maximum de :

Nous accusons réception de l'analyse de nos besoins financiers (ABF) et déclarons que l'ensemble de nos données financières ont été prises en considération pour l'établissement de celle-ci.

Signature du client(e)

Signature du conjoint ou de la conjointe (le cas échéant)

Date de livraison au client

Nom du conseiller(ère) en sécurité financière qui a pris(e) les données et établi(e) l'ABF

Signature du conseiller(ère) en sécurité financière

Renseignements personnels

_____		_____	
Nom du client ou de la cliente		Prénom du client ou de la cliente	

Adresse			
_____	_____	_____	\$
Tél.	Date de naissance	Revenu annuel	
_____	_____	Testament <input type="checkbox"/>	Mandat <input type="checkbox"/>
Statut matrimonial	Nombre de dépendants		
_____	_____		
Nom - conjoint(e)	Prénom - conjoint(e)		
_____	_____		
_____	_____	Testament <input type="checkbox"/>	Mandat <input type="checkbox"/>
Date de naissance - conj.	Revenu annuel		

Bilan financier sommaire

Actifs

Épargnes non-enregistrés	_____ \$	_____ \$
CÉLI	_____ \$	_____ \$
Régimes enregistrés (ex. REER, REEE)	_____ \$	_____ \$
Résidence	_____ \$	_____ \$
Autre bien	_____ \$	_____ \$
Actifs totaux	_____ \$	_____ \$

Passifs

Dettes courantes	_____ \$	_____ \$
Emprunts	_____ \$	_____ \$
Hypothèques	_____ \$	_____ \$
Autres dettes	_____ \$	_____ \$
Passifs totaux	_____ \$	_____ \$
Avoir net	_____ \$ ^①	_____ \$ ^①

En cas de décès, d'invalidité ou de maladies graves

Liquidité nécessaire :

Frais relié au sinistre	_____ \$	_____ \$
Fonds de réserve	_____ \$	_____ \$
Fonds d'éducation	_____ \$	_____ \$
Passifs à rembourser	_____ \$	_____ \$
Total des liquidités nécessaires	_____ \$ ^②	_____ \$ ^②

Maintien du revenu annuel:

Revenu remplacé du sinistré _____ %	_____ \$	_____ \$
Moins (-)		
Revenu du survivant estimé du RRQ	_____ \$	_____ \$
Autres revenus _____	_____ \$	_____ \$
Revenu nécessaire	_____ \$	_____ \$

Capital nécessaire à _____ % _____ \$^③ _____ \$^③

Besoin d'assurance total

= ② + ③ - ① _____ \$ _____ \$

Assurance en vigueur

Compagnie	V = Vie Inv. = Invalidité MG = Mal. Grave	Montant

Actifs

Institutions	Comptant, CÉLI, REER ou FERR	Montant

Passifs

Institutions	Hypothèque, Prêt, Crédit	Montant

Pour l'ensemble de leurs protections d'assurance de personnes, les clients établissent leur capacité de payer leurs primes à un maximum de :

 CROISSANCE CAPITAL <small>CABINET DE SERVICES FINANCIERS</small>
Établi depuis plus de 16 ans à Sherbrooke, Croissance Capital est un cabinet de services financiers détenant trois certifications émis par l'Autorité des Marché Financiers, soit en assurance de personnes, en assurance collective de personnes et en planification financière.
En vertu de la Loi et des règlements sur la distribution de produits et services financiers, tout représentant a l'obligation d'effectuer une analyse des besoins avant la
souscription de tout produit financier et ce, en tenant compte des données du souscripteur.
Vous avez choisi de transiger avec le conseiller en sécurité financière suivant et en date du: