



PERSONNE À ASSURER			
PRÉNOM :		NOM :	
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ J      M      A		N° DE CONTRAT :	
Les renseignements ci-dessous ne seront utilisés que dans le seul but de vérifier si le montant d'assurance est en relation avec la situation financière de la personne à assurer.			
1. But de l'assurance? <input type="checkbox"/> <b>Personnel</b> * Remplir la section des renseignements financiers personnels. <input type="checkbox"/> <b>Affaires</b> * Remplir la section des renseignements financiers assurance commerciale.			
2. Occupation et principales responsabilités :			
3. Comment le montant d'assurance a-t-il été déterminé?			
RENSEIGNEMENTS FINANCIERS PERSONNELS			
1. Revenu annuel d'emploi (salaire, gratification et commission) :			\$
2. Autres revenus :		\$ Sources :	
3. Actif total (biens immobiliers, capitaux propres, placements, liquidités, etc.) :			\$
4. Passif total (hypothèques, emprunts, etc.) :			\$
5. Renseignements additionnels :			
RENSEIGNEMENTS FINANCIERS – ASSURANCE COMMERCIALE			
1. Nom de l'entreprise :		2. Statut juridique : <input type="checkbox"/> propriétaire unique <input type="checkbox"/> société <input type="checkbox"/> compagnie	
3. Nombre d'années en opération : _____ ans		4. Nombre d'employés :	
5. Nature des affaires :			
6. But de l'assurance : <input type="checkbox"/> homme-clé <input type="checkbox"/> rachat d'action <input type="checkbox"/> garantie d'emprunt <input type="checkbox"/> autres : _____			
7. Actif de l'entreprise :		\$	8. Passif de l'entreprise : \$
9. Revenu annuel net :		\$	10. Valeur marchande estimée : \$
11. Pourcentage de l'entreprise appartenant à la personne à assurer : _____%			
12. Nom des autres principaux associés :		<b>Pourcentage leur appartenant</b>	<b>Montant d'assurance commerciale soumise</b>
			<b>Montant d'assurance commerciale détenue</b>
13. Renseignements additionnels : _____			

Je certifie, par la présente, que les informations et réponses aux questions susmentionnées sont complètes et véridiques et je reconnais qu'elles font partie intégrante de ma proposition d'assurance.

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU TÉMOIN

DATE \_\_\_\_\_