



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
☐ 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
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 2020 ?(en excluant les personnes à charges) | OUI | NON |
| - Au 31.12. 2020, 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 pour fins fiscal ? | OUI | NON |
| - Avez-vous acheté une première habitation ou vendu votre résidence principale en 2020? | 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'impôt ? | Email | En personne |
| - Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ? | | |

Vir.Interac Carte Crédit(2\$) Argent

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			
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: