

Numéro du centre financier	Numéro du conseiller	Numéro de contrat
Nom de l'assuré principal		Date de naissance de l'assuré (aaaa-mm-jj)

**Revenu personnel annuel (2 dernières années) selon déclaration d'impôt**

**1. Revenu**

Revenu	Année : _____	Année : _____
Salaire	\$	\$
Profits d'entreprise déclarés comme revenu personnel	\$	\$
Bonis	\$	\$
Commissions	\$	\$
Régime de retraite / participation aux bénéfices	\$	\$
Autres (veuillez préciser)	\$	\$

**Calcul de l'avoir net personnel**

**2. Actif**

En caisse	\$
Biens immobiliers	
Résidence	\$
Autre	\$
Avoir de l'entreprise	\$
% parts /entreprise	%
Investissements	\$
Autres (veuillez préciser)	\$
<b>Actif total</b>	<b>\$</b>

**3. Passif**

Hypothèques	\$
Prêts	\$
Autres (veuillez préciser)	
	\$
	\$
	\$
	\$
<b>Passif total</b>	<b>\$</b>

<b>Avoir net</b>	<b>\$</b>
------------------	-----------

4. Avez-vous une demande d'assurance présentement à l'étude auprès d'une ou d'autres compagnies?

Oui (veuillez préciser)  Non

Nom de la ou des compagnies	Montant demandé		But	
	Vie	Maladies graves	Personnelle	Affaires
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Est-ce que vous souscrivez toutes les protections pour lesquelles vous recevrez une réponse positive?

Oui  Non Si **non**, pour quel montant souscrivez-vous? \_\_\_\_\_ \$

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles font partie intégrante de ma proposition d'assurance soumise auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer