



INFORMATION PERSONNELLE

Liste de contrôle

<input type="checkbox"/> VOUS DEVEZ NOUS EN INFORMER...
<input type="checkbox"/> Si vous détenez des biens à l'étranger d'une valeur de plus de 100,000 \$ Canadiens (T-1135). <input type="checkbox"/> Si vous avez fait quelque transaction que ce soit en monnaie virtuelle (gain en capital / valeurs transigées) <input type="checkbox"/> Si vous ne possédez pas le statut de citoyenneté canadienne. <input type="checkbox"/> Si vous avez un compte CELL. <input type="checkbox"/> Si vous avez été emprisonné en cours d'année.

<input type="checkbox"/> RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Code postal :	
Province de résidence :		Vivez-vous seul(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
📞 Rés. :	📞 Bur. :	📞 Cell :	
Adresse courriel :			
NAS :		Date naissance : (AAAA-MM-JJ)	
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Union de fait <input type="checkbox"/> Veuf(ve)			
Votre état civil a-t-il changé en cours d'année? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, le (AAAA-MM-JJ)			
Résidence : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Autre		Inscrit sur la liste électorale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Couverture d'assurance médicale et période couverte :			
<input type="checkbox"/> RAMQ - <input type="checkbox"/> Toute l'année	<input type="checkbox"/> Du _____	au _____	(AAAA-MM-JJ) (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Ass. collective - <input type="checkbox"/> Toute l'année	<input type="checkbox"/> Du _____	au _____	(AAAA-MM-JJ) (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Ass. Privée - <input type="checkbox"/> Toute l'année ou	<input type="checkbox"/> Du _____	au _____	(AAAA-MM-JJ) (AAAA-MM-JJ)

<input type="checkbox"/> RENSEIGNEMENTS DU/DE LA CONJOINT(E)			
Nom :		Prénom :	
Adresse : <input type="checkbox"/> Même ou		Code postal :	
📞 Rés. :	📞 Bur. :	📞 Cell :	
Adresse courriel :			
NAS :		Date naissance : (AAAA-MM-JJ)	
Revenu net :			

(Suite à la page suivante)

<input type="checkbox"/> ENFANTS / PERSONNES À CHARGE	
Nom :	Prénom :
Lien : <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	
École :	
NAS :	Date naissance : (AAAA-MM-JJ)
Nom :	Prénom :
Lien : <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	
École :	
NAS :	Date naissance : (AAAA-MM-JJ)
Nom :	Prénom :
Lien : <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	
École :	
NAS :	Date naissance : (AAAA-MM-JJ)
Nom :	Prénom :
Lien : <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	
École :	
NAS :	Date naissance : (AAAA-MM-JJ)

INFORMATION ADDITIONNELLE

Veillez indiquer dans cet espace toute information additionnelle que vous désirez porter à notre attention ou question dont vous aimeriez discuter.

(BLA-Infos-Particuliers V. 2021-03)