

Analyse des besoins en assurance invalidité

SOLO^{MC} Assurance salaire
 SOLO^{MC} Essentiel Assurance salaire
 SOLO^{MC} Assurance proprio



Assurez-vous que l'analyse de besoin financier complète soit faite avant de soumettre cette présente analyse de besoin.

A. Renseignements de base

Sexe: H F Âge: _____ Non-fumeur Fumeur État civil: _____
 Nombre de personnes à charge: _____ Leur âge: _____ Valeur nette: _____

B. Profil d'emploi

Profession ou métier: _____ Niveau d'études: _____ Industrie: _____
 Nom de l'entreprise: _____ Site Internet: _____
 Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier? _____
 Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre compte? _____
 Nombre d'heures par semaine: _____ Nombre de semaines par année: _____

Fonctions	Pourcentage	Tâches (Précisez vos tâches, particulièrement celles manuelles ou physiques.)
Manuelles ou physiques		
Gestion ou travail de bureau		
Ventes		
Supervision		
Autres, précisez:		

TOTAL:

Occupez-vous un autre emploi? Oui Non

Si « **Oui** », indiquez les fonctions exactes: _____

Nombre d'heures par semaine: _____ Nombre de semaines par année: _____ Revenu annuel: _____ \$

Travaillez-vous à domicile? Oui Non

Si « **Oui** »,

a) Indiquez le pourcentage du travail que vous effectuez à domicile au cours d'une année: _____ %

b) si vous avez une clientèle, se rend-elle chaque semaine à votre domicile pour recevoir vos services? Oui Non

c) avez-vous touché un revenu annuel d'au moins 50 000 \$, après déduction de vos dépenses d'emploi, pour chacune des 2 dernières années? Oui Non

C. Revenu annuel

Revenu annuel net assurable (après les dépenses déductibles du revenu, mais avant impôts)

Votre situation actuelle	Revenu à ce jour (année en cours)	Revenu de l'année précédente	Revenu de l'avant-dernière année
<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Travailleur autonome à commission <input type="checkbox"/> Associé			
<input type="checkbox"/> Propriétaire d'une société par actions Pourcentage des actions ordinaires détenues: _____	Salaire (excluant les dividendes)		
Nombre d'employés: _____ Date d'incorporation de l'entreprise: _____ JJ-MM-AAAA	Votre part des profits ou des pertes de l'entreprise		
	Total		

D. Dépenses mensuelles

Loyer ou versements hypothécaires: _____ \$ Remboursement de prêts/de cartes de crédit: _____ \$ Vêtements: _____ \$
Taxes municipales et scolaires: _____ \$ Assurances: _____ \$ Soins personnels: _____ \$
Électricité et chauffage: _____ \$ Épargne: _____ \$ Loisirs: _____ \$
Téléphone, câble, Internet: _____ \$ Nourriture: _____ \$ Obligations alimentaires: _____ \$
Paiement d'automobile: _____ \$ Frais médicaux et dentaires: _____ \$ Autres dépenses: _____ \$
Frais d'automobile/de transport: _____ \$ Garderie/Frais scolaires: _____ \$ TOTAL: _____ \$

E. Ressources financières mensuelles

En cas d'invalidité, sur quelles sources de revenu pourriez-vous compter?

Assurance-emploi: _____ \$ Assurance prêt: _____ \$
(Ces prestations sont versées durant 26 semaines seulement.) Conjoint(e): _____ \$
 Assurance invalidité collective: _____ \$ Autres: _____ \$
 Assurance invalidité personnelle: _____ \$ TOTAL: _____ \$
 Assurance hypothèque: _____ \$

F. Montant mensuel nécessaire en cas d'invalidité

Assurance invalidité mensuelle nécessaire (total section D – total section E): _____ \$

G. Protection désirée

Si vous deveniez invalide, pendant combien de temps votre coussin d'urgence durerait-il?

30 jours 60 jours 90 jours 120 jours 365 jours 730 jours

En cas d'accident, aimeriez-vous être couvert dès le 1^{er} jour? Oui Non

Pendant combien de temps auriez-vous besoin du remplacement de votre revenu?

2 ans 5 ans jusqu'à l'âge de 65 ans

Protections complémentaires (section facultative):

Prolongation de la période de profession habituelle Option d'assurabilité future Invalidité partielle Invalidité résiduelle
 Coût de la vie Remboursement des primes Fracture accidentelle Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles

Êtes-vous couvert par une assurance soins médicaux (autre que le régime provincial d'assurance maladie)? Oui Non

Compte tenu de vos besoins, quel montant seriez-vous prêt à verser tous les mois pour assurer le maintien de votre niveau de vie? _____ \$

H. Protection d'assurance invalidité en vigueur

Avez-vous une assurance invalidité en vigueur? Oui Non

Si « Oui », indiquez :

le nom de l'assureur: _____ le type de protection: _____ la date de l'établissement: _____ JJ-MM-AAAA

le montant mensuel: _____ la période d'attente: _____ la période d'indemnisation: _____

I. Information additionnelle et signature

J'atteste que M. ou M^{me} _____ a effectué en ce jour, le _____ JJ-MM-AAAA, la présente analyse de mes besoins en cas d'invalidité, la copie de ce document me sera remise au plus tard à l'émission du contrat.

Signature du membre-client: _____ Signature du conseiller: _____

Assurabilité médicale

Votre état de santé ainsi que les habitudes de vie telles que la pratique d'un sport dangereux, la consommation d'alcool et de drogues, les voyages à l'extérieur de l'Amérique du Nord, ou encore la faillite, le dossier criminel et la conduite dangereuse, peuvent avoir des conséquences sur votre assurabilité. Pour cette raison, une évaluation préliminaire est essentielle avant de faire la demande d'une protection d'assurance invalidité. Votre conseiller peut se référer au guide de présélection des risques disponible sur Webi.ca pour plus d'informations.