

Date :
Formulaire de renseignements
Client

Nom et Prénom	Date de naissance	Numéro d'assurance social

Personnes à charge

Vives-vous, pendant toute l'année, seul(e) avec des enfants à charge ?
Hébergez-vous un parent autre que votre conjoint et vos personnes à charge :
Adresse :
Téléphone :
Courriel :
État civil :
Si votre situation à changer, indiquez la date ;
Élection Canada : OUI NON

Biens étranger > 100 000 \$: OUI NON

Étiez-vous couvert pendant toute l'année par une assurance médicament privée :
REER :
RAP :
Frais de garde d'enfants :
Facture de frais médicaux :
Frais de scolarité :
Intérêts sur prêt étudiant :
Transport en commun :