

# Fiche de renseignements sur la planification successorale d'un propriétaire d'entreprise

Fiche de renseignements confidentielle sur la planification  
successorale d'un propriétaire d'entreprise pour :

\_\_\_\_\_

Remplie le : \_\_\_\_\_

Mise à jour le : \_\_\_\_\_



## TABLE DES MATIÈRES

<b>PARTIE 1 : Renseignements sur votre client et sa situation personnelle</b>	<b>4</b>
Renseignements personnels, familiaux et autres	4
Actifs et passifs personnels actuels	6
Renseignements sur l'assurance individuelle	7
Questionnaire sur la planification de la retraite et la planification successorale	8
Objectifs de retraite	9
Objectifs de planification successorale personnelle	9
<b>PARTIE 2 : Renseignements sur l'entreprise de votre client</b>	<b>10</b>
Renseignements sur l'entreprise	10
Participation au capital de l'entreprise	10
Questionnaire sur la planification et les prévisions	11
Structure organisationnelle	13
Renseignements sur l'assurance de l'entreprise	14
<b>Partie 3 : Documents importants</b>	<b>15</b>
Documents personnels	15
Documents relatifs à l'entreprise	16

La présente fiche de renseignements n'est qu'un guide pour vous aider à déterminer les besoins financiers et les priorités d'un propriétaire d'entreprise et pour appuyer la préparation d'un régime d'assurance pour entreprise.

Le document est de nature générale et ne doit pas être considéré comme un sommaire ou un relevé complet de toutes les données nécessaires à l'établissement d'un plan financier ou à la prise d'une décision ni comme une recommandation financière.

BMO Assurance ne recueille ni ne stocke ce document. Il s'agit simplement d'un guide que les conseillers en assurance et leurs clients peuvent utiliser dans le cadre de leurs entretiens de planification d'assurance.

Les renseignements qui figurent dans le présent document contiennent des données personnelles et confidentielles. Ces renseignements doivent donc être conservés selon les normes les plus élevées en matière de garde et de confidentialité.

# Partie 1 : Renseignements sur votre client et sa situation personnelle

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

	Vous	Votre conjoint(e)
Nom		
Date de naissance		
Adresse		<input type="checkbox"/> Le même que le vôtre
Ville (Province)		
Code postal		
Téléphone (domicile)		<input type="checkbox"/> Le même que le vôtre
Téléphone cellulaire		
Adresse courriel		
Résident permanent du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Résident canadien aux fins de l'impôt sur le revenu du Canada	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lieu de naissance		
Profession		
Travailleur autonome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Propriétaire d'une entreprise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

### Enfants

Nom	Marié(e)	Célibataire	Divorcé(e)	Commentaires
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Petits-enfants

Nom	Marié(e)	Célibataire	Divorcé(e)	Commentaires
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Personnes à charge et autres

Nom	Marié(e)	Célibataire	Divorcé(e)	Commentaires
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER PROFESSIONNEL

		Commentaires
Avez-vous un comptable?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous un avocat ou un conseiller juridique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous un conseiller financier?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous un conseiller en services bancaires?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous quelqu'un d'autre qui conseille?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## DOCUMENTS RELATIFS AU TESTAMENT ET PROCURATIONS

	Vous	Votre conjoint(e)
Avez-vous fait un testament?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quand votre testament a-t-il été signé la dernière fois?		
Quand votre testament a-t-il été révisé la dernière fois?		
Avez-vous une procuration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## FIDUCIES

	Vous	Votre conjoint(e)
Êtes-vous un(e) bénéficiaire ou désigné(e) comme bénéficiaire d'une fiducie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel montant vous attendez-vous à recevoir?		

Si oui, quelle sera l'incidence du montant que vous recevrez sur vos plans financiers?

---



---



---

## SOURCES DE REVENUS

	Vous	Votre conjoint(e)
Pension alimentaire pour conjoint(e) ou enfants		
Salaire		
Commission		
Prime		
Dividendes d'entreprises canadiennes		
Intérêts		
Revenu de location net		
Autres revenus (précisez)		

Détenez-vous des actifs à l'extérieur du Canada?  Oui  Non

Commentaires :

---



---



---

## ACTIFS ET PASSIFS PERSONNELS ACTUELS

Actif	Vous		Votre conjoint(e)	
	Valeur	Coût	Valeur	Coût
Liquidités				
Maison				
Voiture				
Résidence secondaire				
Obligations				
Actions				
Fonds d'investissement / fonds de placement non enregistrés				
Biens immobiliers				
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)/fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)				
CELI				
Actions dans une société privée ou une société de portefeuille				
Régime de participation différée aux bénéfices (RPDB)				
Régime de pension agréé (RPA)				
Autre				
<b>Total des actifs</b>				

Dettes	Vous		Votre conjoint(e)	
	Valeur	Coût	Valeur	Coût
Prêts hypothécaires				
Prêt automobile				
Prêt bancaire				
Marge de crédit				
Autre (cartes de crédit, etc.)				
<b>Total des passifs</b>				

<b>Valeur nette</b>				
---------------------	--	--	--	--

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

	Police n° 1	Police n° 2
Type d'assurance	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre
Compagnie d'assurance		
Titulaire de la police		
Nom de la personne assurée n° 1		
Nom de la personne assurée n° 2 (s'il s'agit d'une police conjointe)		
Bénéficiaire		
Date d'émission		
Montant de la prime		
Nombre d'années du paiement de la prime		
Montant d'assurance		
Valeur de rachat		
	Police n° 3	Police n° 4
Type d'assurance	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre
Compagnie d'assurance		
Titulaire de la police		
Nom de la personne assurée n° 1		
Nom de la personne assurée n° 2 (s'il s'agit d'une police conjointe)		
Bénéficiaire		
Date d'émission		
Montant de la prime		
Nombre d'années du paiement de la prime		
Montant d'assurance		
Valeur de rachat		

Quel type d'assurance collective avez-vous?

	Vous		Votre conjoint(e)	
		Montant d'assurance		Montant d'assurance
Assurance vie collective	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Assurance invalidité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Assurance contre la maladie grave	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

À quand remonte la dernière fois où vous avez revu vos polices d'assurance avec un conseiller en assurance autorisé?

Date : \_\_\_\_\_

Dans quelle mesure votre couverture d'assurance vous satisfait-elle?

---



---

## QUESTIONNAIRE SUR LA PLANIFICATION DE LA RETRAITE ET LA PLANIFICATION SUCCESSORALE

	Vous		Votre conjoint(e)	
Participez-vous à un régime de retraite?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, de quel type de régime s'agit-il?	<input type="checkbox"/> Régime à prestations déterminées <input type="checkbox"/> Régime à cotisations déterminées <input type="checkbox"/> Régime de participation différée aux bénéfices <input type="checkbox"/> REER collectif		<input type="checkbox"/> Régime à prestations déterminées <input type="checkbox"/> Régime à cotisations déterminées <input type="checkbox"/> Régime de participation différée aux bénéfices <input type="checkbox"/> REER collectif	
Qui est le bénéficiaire au moment du décès?				
Avez-vous un REER ou un FERR?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Valeur actuelle :  Bénéficiaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Valeur actuelle :  Bénéficiaire :
Avez-vous un CELI?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Valeur actuelle :  Bénéficiaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Valeur actuelle :  Bénéficiaire :

### OBJECTIFS DE RETRAITE

À quel âge aimeriez-vous prendre votre retraite? \_\_\_\_\_

Si vous êtes déjà à la retraite, à quel âge l'avez-vous prise? \_\_\_\_\_

Quel est le revenu annuel minimal après impôt dont vous avez besoin?

Aujourd'hui : \_\_\_\_\_ À votre retraite : \_\_\_\_\_

Quels sont vos objectifs financiers et vos objectifs de retraite?

---



---



---



---



---

Avez-vous rempli un questionnaire sur le profil de risque en matière de placements?

Oui  Non

Date à laquelle le questionnaire a été rempli : \_\_\_\_\_

Copie ci-jointe

Lesquels des énoncés suivants sont importants pour vous?

- Avoir un plan grâce auquel votre patrimoine financier est distribué comme vous l'avez prévu
- Avoir suffisamment de revenus aujourd'hui
- Avoir suffisamment d'épargne pour votre retraite
- Maximiser le montant que vous laissez à vos héritiers
- Réduire le plus possible l'impôt sur le revenu que vous payez
- Réduire le plus possible l'impôt exigible sur votre succession
- Préserver ou accroître la valeur de votre succession
- Autre

---

---

---

---

---

## OBJECTIFS DE PLANIFICATION SUCCESSORALE PERSONNELLE

À qui aimeriez-vous que soit versé le produit de votre succession?

---

---

Qu'aimeriez-vous que cette personne réalise en recevant ces actifs?

---

---

Concernant votre conjoint(e), quelles intentions précises avez-vous à son égard pour ce qui est de votre planification successorale?

---

---

De quelle façon souhaitez-vous que vos biens soient distribués?

---

---

Avez-vous l'intention de faire un legs particulier, par exemple, à un organisme de bienfaisance?

---

---

## Partie 2 : Renseignements sur l'entreprise de votre client

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

Nom de l'entreprise	
Nature des activités	
Propriétaire principal	
Titre de poste	
Adresse de l'entreprise	
Ville (Province)	
Code postal	
Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire	
Adresse courriel	
Type d'entreprise (Sélectionnez soit « Entreprise individuelle », « Société de personnes » ou « Société par actions ». Si vous sélectionnez « Société par actions », choisissez ensuite le type de société.)	<input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Société de personnes <input type="checkbox"/> Société par actions Si l'entreprise est une société par actions, de quel type de société s'agit-il? <input type="checkbox"/> Société ouverte <input type="checkbox"/> Société fermée Si vous avez sélectionné « Société fermée », de quel type de société fermée s'agit-il? <input type="checkbox"/> Société de portefeuille <input type="checkbox"/> Société d'exploitation <input type="checkbox"/> Autre
Nombre d'années en activité	

### PARTICIPATION AU CAPITAL DE L'ENTREPRISE (à remplir seulement si l'entreprise est une société par actions)

Date de constitution en société par actions : \_\_\_\_\_

#### Actions ordinaires

Nom de l'actionnaire	Nombre d'actions	Catégorie d'actions	Prix (prix de base rajusté)	Capital versé	Valeur estimative

#### Actions privilégiées

Nom de l'actionnaire	Nombre d'actions	Catégorie d'actions	Prix (prix de base rajusté)	Capital versé	Valeur estimative

Y a-t-il des sociétés affiliées ou apparentées?  Oui  Non

Si vous avez répondu « **Oui** », donnez des précisions dans la section « Structure organisationnelle » ci-après.

---

---

---

## QUESTIONNAIRE SUR LA PLANIFICATION ET LES PRÉVISIONS

Quelle est la juste valeur marchande estimative de l'entreprise? \_\_\_\_\_

Avez-vous une convention d'actionnaires à l'égard de l'achat ou de la vente de l'entreprise ou des actions de la société?

Oui  Non Si vous avez répondu « **Oui** », avez-vous une assurance qui permettra de financer le rachat prévu à cette convention.

Type d'assurance

Assurance vie  Assurance invalidité  Assurance maladies graves  Autre

Si vous avez répondu « **Non** », comment avez-vous prévu de financer le rachat prévu à cette convention.

---

---

Est-ce que votre conjoint(e) participe aux activités de l'entreprise?

Oui  Non

Si vous avez répondu « **Oui** », dans quelle mesure cette personne participe-t-elle?

---

---

Est-ce que vos enfants participent aux activités de l'entreprise?

Oui  Non

Si vous avez répondu « **Oui** », dans quelle mesure participent-ils?

---

---

---

Si vous avez répondu « **Oui** », participeront-ils un jour à la reprise de l'entreprise et à sa direction?

Oui  Non

Si vous avez répondu « **Oui** », à quel point avez-vous la certitude qu'ils reprendront l'entreprise? Avez-vous quelques réserves?

---

---

---

Si certains de vos enfants participent aux activités de l'entreprise et que d'autres n'y participent pas, de quelle façon aimeriez-vous équilibrer ce que vous leur léguerez?

---

---

---

Est-ce que l'entreprise a un plan de relève qui comprend non seulement votre remplacement, mais aussi celui d'employés actionnaires et de partenaires clés?

---

---

---

---

---

Que voudriez-vous qu'il adienne de votre entreprise lorsque vous prendrez votre retraite?

---

---

Est-ce que la société a un revenu provenant d'activités la rendant admissible à la déduction accordée aux petites entreprises?

Oui  Non

Comptez-vous faire une demande d'exonération cumulative des gains en capital lorsque vous céderez vos actions?

Oui  Non

Si vous avez répondu « **Non** », avez-vous déjà utilisé votre exonération?

Oui  Non

Est-ce que votre société reçoit un revenu de placement passif?

Oui  Non

Si vous avez répondu « **Oui** », combien d'argent recevez-vous annuellement? \_\_\_\_\_

Est-ce que le revenu de placement est remis annuellement aux actionnaires sous forme de dividendes?

Oui  Non

Si vous avez répondu « **Non** », est-ce que la société a de l'impôt en main remboursable au titre de dividendes?

Oui  Non

Avez-vous garanti personnellement l'un des prêts de l'entreprise?

Oui  Non

Est-ce que votre entreprise est impliquée dans un litige?

Oui  Non

Existe-t-il des ordonnances du tribunal liées à des réclamations de créanciers et à votre entreprise?

Oui  Non

Veillez préciser :

---

---

---

---

---

## STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Décrivez ou esquissez la structure de propriété de chacun des secteurs d'activité de la société. Assurez-vous d'inclure les noms de chaque actionnaire, les relations entre les actionnaires ainsi que le pourcentage et la catégorie des actions qu'ils détiennent. Pour les actionnaires qui sont des fiducies, indiquez les noms des fiduciaires et des bénéficiaires. Indiquez également si des actionnaires sont des non-résidents du point de vue fiscal.

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE DE L'ENTREPRISE

	Police n° 1	Police n° 2
Type d'assurance	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre
Est-ce que l'assurance facilite, sur le plan financier, le respect des obligations énoncées dans la convention d'actionnaires?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compagnie d'assurance		
Titulaire de la police		
Nom de la personne assurée n° 1		
Nom de la personne assurée n° 2 (s'il s'agit d'une police conjointe)		
Bénéficiaire		
Date d'émission		
Montant de la prime		
Nombre d'années du paiement de la prime		
Montant d'assurance		
Valeur de rachat		
	Police n° 3	Police n° 4
Type d'assurance	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre
Est-ce que l'assurance facilite, sur le plan financier, le respect des obligations énoncées dans la convention d'actionnaires?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compagnie d'assurance		
Titulaire de la police		
Nom de la personne assurée n° 1		
Nom de la personne assurée n° 2 (s'il s'agit d'une police conjointe)		
Bénéficiaire		
Date d'émission		
Montant de la prime		
Nombre d'années du paiement de la prime		
Montant d'assurance		
Valeur de rachat		

Quel type d'assurance collective offrez-vous aux employés de votre entreprise?

Assurance vie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Assurance contre la maladie grave	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance invalidité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

À quand remonte la dernière fois où vous avez revu les polices d'assurance de votre entreprise avec un conseiller en assurance autorisé?

Date : \_\_\_\_\_

Dans quelle mesure la couverture d'assurance de votre entreprise vous satisfait-elle?

---



---

## Partie 3 : Documents importants

### DOCUMENTS PERSONNELS

Type de document	Vous	Votre conjoint(e)
Testament	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Procuration	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Procuration perpétuelle	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Fiducie de famille	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevé de REER/FERR	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevé de RPDB	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevé du CELI	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevé du portefeuille de placements non enregistrés	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevés d'assurance	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevés de fonds distincts	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevé de rente	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevés de cartes de crédit	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevés de compte de prêt	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevé de prêt hypothécaire	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Polices d'assurance individuelle	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Déclaration de revenus des particuliers	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Contrat de mariage	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Entente de séparation	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client

## DOCUMENTS RELATIFS À L'ENTREPRISE

Type de document	
Contrat de société ou convention d'actionnaires	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
États financiers les plus récents des sociétés dans lesquelles vous détenez une participation	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevés du portefeuille de placement	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevés de la police d'assurance de l'entreprise	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevés de carte de crédit	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Relevés de compte de prêt	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Polices d'assurance de l'entreprise	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Déclarations de revenus des sociétés dans lesquelles vous détenez une participation	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Ordonnances de faillite ou d'un tribunal ou propositions de faillite ou renseignements relatifs à des réclamations de créanciers	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Document fourni par le client <input type="checkbox"/> Document retourné au client







## Connectez-vous

Pour obtenir plus d'information sur les produits de BMO Assurance, veuillez communiquer avec votre agent général ou avec le bureau régional des ventes de BMO Assurance, ou composez le 1-877-742-5244.



BMO Société d'assurance-vie, 60, rue Yonge, Toronto (Ontario) M5E 1H5



Région de l'Ontario  
1-800-608-7303

Région du Québec et de l'Atlantique  
1-866-217-0514

Région de l'Ouest  
1-877-877-1272



[bmoassurance.com/conseiller](http://bmoassurance.com/conseiller)

**BMO**  **Assurance**

Ici, pour vous.<sup>SM</sup>

Remarque : Nous vous conseillons de vérifier si les idées que contient le présent guide conviennent à la situation particulière du client. Le présent guide renferme des renseignements de nature générale qui ne doivent en aucun cas être interprétés comme des conseils juridiques ou fiscaux. Nous vous recommandons, ainsi qu'à vos clients, de consulter d'autres professionnels tels que des juristes ou des fiscalistes, pour vérifier que les idées présentées conviennent à la situation de tout particulier pour lequel ce régime est envisagé.

Assureur : BMO Société d'assurance-vie

MC/MD Marque de commerce/marque de commerce déposée de la Banque de Montréal, utilisée sous licence.

848F (2019/10/01)