

## QUESTIONNAIRE CLIENT

| IDENTIFICATION      | PARTICULIER __M__F       | CONJOINT (E) __M__F      |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prénom:             |                          |                          |
| Nom de famille      |                          |                          |
| NAS                 |                          |                          |
| Date de naissance   | Jour:    mois:    année: | Jour:    mois:    année: |
| Adresse             |                          |                          |
| Téléphone résidence |                          |                          |
| Céllulaire          |                          |                          |
| Adresse courriel    |                          |                          |

### ÉTAT CIVIL AU 31 DÉCEMBRE

Célibataire     Conjoint de fait     Marié     Séparé     Divorcé     Veuf

Si changement état civil:                      Date du changement                      mois/jour \_\_\_\_/\_\_\_\_

| ASSURANCE MÉDICAMENT                   | PARTICULIER | CONJOINT (E) |
|----------------------------------------|-------------|--------------|
| Assurance privée de base toute l'année |             |              |
| RAMQ toute l'année                     |             |              |

Si changement durant l'année:

Mois RAMQ:     janv    fév    mars    avril    mai    juin    juil    août    sept    oct    nov    déc

Mois Privée:     janv    fév    mars    avril    mai    juin    juil    août    sept    oct    nov    déc

| PERSONNES À CHARGE         | 1                        | 2                        |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prénom                     |                          |                          |
| Nom de famille             |                          |                          |
| Date de naissance          | Jour:    mois:    année: | Jour:    mois:    année: |
| NAS                        |                          |                          |
| Lien de parenté            |                          |                          |
| Revenu net                 |                          |                          |
| Frais inscription activité |                          |                          |

| PERSONNES À CHARGE         | 3                        | 4                        |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prénom                     |                          |                          |
| Nom de famille             |                          |                          |
| Date de naissance          | Jour:    mois:    année: | Jour:    mois:    année: |
| NAS                        |                          |                          |
| Lien de parenté            |                          |                          |
| Revenu net                 |                          |                          |
| Frais inscription activité |                          |                          |

