



Planification

Questionnaire de collecte de renseignements
sur la succession de l'entreprise

Renseignements confidentiels à l'intention de : _____

Date : _____

Partie 1 : Renseignements sur la famille et l'entreprise

Renseignements sur la famille

Nom du/de la client(e) : _____

Nom du/de la conjoint(e) : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Courriel : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Avez-vous un plan successoral en place, ou avez-vous entrepris un processus de planification successorale? Oui ☐ Non ☐

Quels sont vos objectifs de planification successorale?

Quels sont les obstacles et enjeux avec lesquels vous pourriez devoir composer, s'il y en a?

Quelles sont les principales questions auxquelles vous aimeriez obtenir réponse?

Selon vous, serait-il utile que notre conseiller principal ou conseillère principale en assurance vie individuelle assiste à notre prochaine rencontre? Oui ☐ Non ☐

Renseignements sur l'entreprise

Dénomination sociale : _____

Nature des activités : _____

Poste : _____

Nombre d'années en activité : _____ Nombre total d'employé(e)s : _____

Adresse : _____

Téléphone (entreprise) : _____ Courriel (entreprise) : _____

Testament d'entreprise

Y a-t-il un testament d'entreprise? Oui Non À quand remonte sa dernière révision et mise à jour? _____

Structure de l'entreprise :

Société de portefeuille : _____ Société d'exploitation : _____

Résultats/placements non distribués :

Valeur des résultats non distribués : _____

Structure	Chiffre d'affaires annuel brut	Chiffre d'affaires annuel net	Revenus hors entreprise
Société par actions	Plus de 1 000 000 \$	Plus de 1 000 000 \$	Plus de 100 000 \$
Société en nom collectif	500 000 \$ à 1 000 000 \$	500 000 \$ à 1 000 000 \$	50 000 \$ à 100 000 \$
Entreprise individuelle	250 000 \$ à 500 000 \$	250 000 \$ à 500 000 \$	Moins de 50 000 \$
Coentreprise	Moins de 250 000 \$	Moins de 250 000 \$	

Propriété

Indiquez le pourcentage de propriété et le revenu total touché pour chaque partenaire dans l'entreprise :

Nom :	Pourcentage de propriété :	Revenu total :	Salaire	Participations	Les deux
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			

Actifs de l'entreprise :

Liquidités	_____	Bâtiments	_____
Placements	_____	Véhicules	_____
Équipement	_____	Autre bien immobilier	_____

Passifs (ou soldes impayés actuels)

Effets à payer	_____
Prêts hypothécaires	_____
Prêts d'exploitation	_____
Prêts pour l'achat de machinerie et d'équipement	_____
Coentreprise	_____

Les éléments de passif ci-dessus sont-ils couverts par une assurance vie? Oui Non Ne sais pas

Pour quels éléments de passif avez-vous donné des garanties personnelles?

Sous quelle forme touchez-vous
votre revenu?

Salaire

Participations

Salaire et participations

Autre (précisez) _____

Estimez-vous que votre décès (ou invalidité) aurait des conséquences graves sur l'un des éléments suivants?

Profits

Solidité financière

Stabilité

Selon vous, lesquelles de ces parties prenantes perdraient confiance en votre entreprise advenant votre décès?

Créanciers

Clientèle

Personnel

Fournisseurs

À part vous, l'entreprise compte-t-elle des employés ou employées clés?

Oui

Non

Nom de l'employé(e) clé(e) : _____ Nom de l'employé(e) clé(e) : _____

Estimez-vous que le décès (ou l'invalidité) d'un employé ou d'une employée clé aurait des conséquences graves sur l'un des éléments suivants?

Profits

Solidité financière

Stabilité

À votre retraite/décès, votre entreprise sera :

Transférée à votre famille

Liquidée

Vendue

Ne sais pas

Avez-vous une convention de rachat?

Oui

Non

La convention a-t-elle été révisée au cours des deux dernières années?

Oui

Non

Partie 2 : Planification en matière d'assurance

**Quel type d'assurance
personnelle avez-vous?**

Vous-même

Montant

Partenaire

Montant

Partenaire

Montant

Temporaire

Permanente/valeur de rachat

Collective

Invalidité

Maladies graves

Ne sais pas

Quel type d'avantages sociaux avez-vous?	Oui	Non	Actuellement détenus par
Vie collective			_____
Invalidité de courte durée			_____
Invalidité de longue durée			_____
Soins dentaires			_____
Soins médicaux			_____
Régime de retraite collectif/REER			_____
Ne sais pas			_____

Quand votre assurance vie a-t-elle été révisée pour la dernière fois?	Entreprise	Individuelle
Jamais		
Il y a plus de trois ans		
Il y a un à trois ans		
Il y a moins d'un an		

Assurabilité	Vous-même	Partenaire	Partenaire
Difficulté à se procurer une assurance?			
Demande refusée?			
En bonne santé/assurable?			

Renseignements supplémentaires	Oui	Non
Avez-vous des affections médicales?		
Prenez-vous des médicaments?		
Si oui, énumérez-les	_____	
Fumez-vous?		

L'analyse adéquate des besoins de la succession de votre entreprise nécessite des renseignements complets et exacts. Nous devons donc examiner certains documents.

Veillez fournir les états financiers des trois dernières années.

Reçus

Veillez fournir une copie de votre convention de rachat, si vous en avez une.

Reçus

À la place des documents, veuillez fournir les renseignements financiers suivants :

Chiffre d'affaires net _____

Total des actifs de l'entreprise _____

Total des passifs de l'entreprise _____

Capitaux propres (valeur comptable) _____

Ventes annuelles brutes _____

Remarque : Une méthode valide d'évaluation de l'entreprise sera requise pour les conventions de rachat. Utilisez le concept de rachat d'actions dans le système Polyvalence ou consultez votre conseiller principal ou conseillère principale en assurance vie individuelle pour obtenir des détails.

Si nécessaire, pouvons-nous communiquer avec vos autres conseillers ou conseillères à des fins de planification successorale?

Oui

Non

Si oui, j'autorise mon agent ou agente et toute personne agissant en son nom à communiquer avec les conseillères et conseillers mentionnés ci-dessous. Je comprends que ce formulaire sera conservé dans mon dossier pour toute la durée de mes polices. Dans l'éventualité où je choisirais de ne pas souscrire une police, ces renseignements seront conservés pendant deux ans, à moins que je demande qu'ils soient détruits.

Comptable : _____ Téléphone : _____

Avocat(e) : _____ Téléphone : _____

Conseiller(ère) en
sécurité financière : _____ Téléphone : _____

Signature du/de la client(e) : _____ Date : _____

Planification



cooperators.ca 1-800-454-8061 / Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de sa clientèle, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

L0039F (02/25)