

## Relevé détaillé des frais d'affaires et du revenu gagné pendant une invalidité résiduelle

Numéro de contrat

### A. IDENTIFICATION

Nom de la personne invalide	Prénom	Date de naissance AAAA - MM - JJ
Adresse – N°, rue, app.	Ville	Province
		Code postal
N°s de téléphone (indicatif rég. + numéro)	Résidence :	Travail :
		Poste :

### B. RENSEIGNEMENTS SUR LES FRAIS D'AFFAIRES

1. **Inscrivez** le mois de l'invalidité visé par la présente demande, votre revenu brut et les dépenses mensuelles réellement engagées, de façon raisonnable et courante, pour chacun des éléments énumérés ci-dessous.

Mois de l'invalidité  Revenu brut reçu  \$

2. **Joignez** les pièces justificatives pour chacun des frais généraux inscrits ci-dessous (p. ex. : factures, états financiers, rapports d'impôt, états des résultats).

Frais d'affaires	Montant
Salaires des employés qui ne produisent pas de revenus et dont les services sont essentiels durant l'invalidité totale de la personne assurée	_____ \$
Services publics (téléphone, eau, électricité)	_____ \$
Loyer, taxes foncières ou le versement mensuel en remboursement d'un emprunt hypothécaire contracté relatif à la partie de l'immeuble où se trouve votre cabinet	_____ \$
Blanchisserie, conciergerie et entretien	_____ \$
Services professionnels d'un comptable externe	_____ \$
Versements d'un contrat de crédit-bail et amortissement d'équipement (y compris une automobile)	_____ \$
Amortissement	_____ \$
Location d'équipement	_____ \$
Intérêts débiteurs et remboursements périodiques de capital (autres que les versements hypothécaires)	_____ \$
Cotisations professionnelles et assurance responsabilité	_____ \$
Autres dépenses fixes habituelles (précisez)	_____ \$
_____	_____ \$
_____	_____ \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES :</b>	_____ \$
	Revenu brut <input type="text"/> \$
<b>(moins)</b>	Total des dépenses <input type="text"/> \$
	Revenu gagné net <input type="text"/> \$

Pour déterminer le revenu gagné net aux fins du calcul de la prestation d'invalidité partielle, veuillez soustraire de votre revenu brut le total de vos dépenses.

### C. DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques.

Nom et prénom de la personne ayant rempli le formulaire (EN LETTRES MAJUSCULES): \_\_\_\_\_

Signature de la personne ayant rempli le formulaire \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de la personne invalide \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_