

Évaluation de la classe professionnelle

SOLO^{MC} Assurance salaire
 SOLO^{MC} Essentiel Assurance salaire
 SOLO^{MC} Assurance proprio



A. Renseignements de base

Sexe : H F Âge : _____ Non-fumeur Fumeur

B. Profil d'emploi

Profession ou métier : _____ Niveau d'études : _____ Industrie : _____

Nom de l'entreprise : _____ Site Internet : _____

Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier? _____

Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre compte? _____

Nombre d'heures par semaine : _____ Nombre de semaines par année : _____

Fonctions	Pourcentage	Tâches (Précisez vos tâches, particulièrement celles manuelles ou physiques.)
Manuelles ou physiques		
Gestion ou travail de bureau		
Ventes		
Supervision		
Autres, précisez :		

TOTAL : **100 %**

Occupez-vous un autre emploi? Oui Non

Si « **Oui** », indiquez les fonctions exactes : _____

Nombre d'heures par semaine : _____ Nombre de semaines par année : _____ Revenu annuel : _____ \$

Travaillez-vous à domicile? Oui Non

Si « **Oui** », indiquez :

a) le pourcentage de votre temps : _____ %

b) si vous avez une entrée distincte et une enseigne : Oui Non

c) s'il y a un achalandage visible : Oui Non

d) si vous avez gagné au moins 50 000 \$ après les dépenses pour chacune des 2 dernières années? Oui Non

C. Revenu annuel

Revenu annuel net assurable (après les dépenses déductibles du revenu, mais avant impôts) :

Votre situation actuelle	Revenu à ce jour (année en cours)	Revenu de l'année précédente	Revenu de l'avant-dernière année
<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Travailleur autonome à commission <input type="checkbox"/> Associé			
<input type="checkbox"/> Propriétaire d'une entreprise incorporée Pourcentage des actions ordinaires détenues : _____	Salaire (excluant les dividendes)		
Nombre d'employés : _____ Date d'incorporation de l'entreprise : _____ AAAA - MM - JJ	Votre part des profits ou des pertes de l'entreprise		
	Total		

D. Commentaires

E. Informations sur le conseiller

Nom : _____ Date : ____ AAAA - MM - JJ
Téléphone : _____ Courriel : _____

F. À l'usage exclusif du siège social

Classe professionnelle : _____ Admissible au relèvement de la classe professionnelle : _____
Commentaires : _____
Nom de l'analyste : _____ Date : ____ AAAA - MM - JJ

Note : Le présent document n'est ni une proposition ni une offre d'assurance ni un contrat d'assurance. L'évaluation préliminaire de la classe professionnelle faite par Desjardins Assurances est basée exclusivement sur l'information qui lui a été fournie. Desjardins Assurances ne peut garantir que son évaluation demeurera la même à la suite de l'analyse de la proposition d'assurance (laquelle pourrait notamment contenir des informations supplémentaires ou différentes).

Transmettre par courriel au siège social. Le formulaire vous sera retourné dans les 24 à 48 heures ouvrables.

Si vous soumettez ensuite une proposition d'assurance SOLO, veuillez y joindre une copie du formulaire rempli, afin de faciliter le traitement du dossier.