

Analyse des besoins financiers pour les gens d'affaires

Nom de l'entreprise

Présenté par

Titre

 **Desjardins**
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Date de création
(JJ-MM-AAAA)

Date de modification
(JJ-MM-AAAA)

 Pour une utilisation optimale de ce document, veuillez utiliser Adobe Acrobat.

A – Renseignements de base sur l'entreprise

Nom de l'entreprise		Numéro d'enregistrement (fédéral/provincial)	
Adresse de l'entreprise (N°, rue, app.)		Ville	Province
			Code postal
Adresse courriel de l'entreprise		Site Web de l'entreprise	N° téléphone de l'entreprise
Secteur d'activité		Nom de la personne autorisée	
Date de création de l'entreprise (JJ-MM-AAAA)	Date de la dernière réorganisation (JJ-MM-AAAA)	Nature de la dernière réorganisation	

Exercice financier : _____ Type de société : Exploitation Gestion

Structure légale : Société par actions Fiducie Société de personnes Entreprise individuelle

Nombre d'employés : _____ Nombre d'heures rémunérées : _____ Juste valeur marchande (JVM) : _____ \$

Fiscaliste : _____ N° téléphone : _____

Expert-comptable : _____ N° téléphone : _____

Conseiller juridique : _____ N° téléphone : _____

Évolution de l'entreprise : En croissance : _____ % annuel Stable En décroissance : _____ % annuel

Projets : _____

Sommaire financier :

Année	Chiffre d'affaires	Profits/Pertes Net	Actifs	Passifs
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

Personnes clés :

Personne clé N/A

Nom _____ Date de naissance (JJ-MM-AAAA) _____

<input type="checkbox"/> Non Fumeur	Salaire (annuel)	Fonction
<input type="checkbox"/> Fumeur	\$	

Est-ce que l'absence prolongée de cette personne aurait des répercussions prévisibles ? Non Oui (si oui, veuillez fournir des détails) :

Personne clé N/A

Nom _____ Date de naissance (JJ-MM-AAAA) _____

<input type="checkbox"/> Non Fumeur	Salaire (annuel)	Fonction
<input type="checkbox"/> Fumeur	\$	

Est-ce que l'absence prolongée de cette personne aurait des répercussions prévisibles ? Non Oui (si oui, veuillez fournir des détails) :

B – Renseignements généraux sur la structure légale

Société par actions

 N/A

Date d'incorporation (JJ-MM-AAAA): _____

 Catégorie de société par actions: Privée Publique

S'il s'agit d'une société privée sous contrôle canadien, est-ce qu'elle se qualifie comme SEPE (société exploitant une petite entreprise)?

 Non Oui

Y a-t-il une convention signée liant les actionnaires?

 Non Oui Date (JJ-MM-AAAA): _____

A-t-elle été modifiée?

 Non Oui Date (JJ-MM-AAAA): _____

Y a-t-il eu une réorganisation du capital-actions?

 Non Oui Raison: _____

La JVM des actions tient-elle compte de la valeur des filiales?

 Non Oui JVM filiales: _____ \$

Fiducie

 N/A

Type de fiducie: _____

Constituant: _____

Fiduciaire: _____

Fiduciaire(s) remplaçant(s): _____

Bénéficiaire(s): _____

Raison d'être: _____

Société de personnes

 N/A

Y a-t-il un contrat de société de personnes?

 Non Oui Date (JJ-MM-AAAA): _____

Y a-t-il une convention signée liant les associés?

 Non Oui Date (JJ-MM-AAAA): _____

C – Renseignements généraux sur les actionnaires / associés

Nom:

_____	_____	_____	_____

Fonction:

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Date de naissance
(JJ-MM-AAAA):

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Actionnaire/associé
depuis (JJ-MM-AAAA):

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Quand pensez-vous vous retirer définitivement de votre entreprise?

 • À quel âge: _____ ans
 • Dans combien de temps: _____ an(s)

_____ ans	_____ ans	_____ ans	_____ ans
_____ an(s)	_____ an(s)	_____ an(s)	_____ an(s)

Fumeur:
 Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui

État de santé général:

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Est-ce que l'absence prolongée de l'actionnaire aurait des répercussions prévisibles?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Montant: _____ \$	Montant: _____ \$	Montant: _____ \$	Montant: _____ \$



Nom:

Détails de la convention d'actionnaires / d'associés

N/A

Âge prévu pour achat/rachat des actions / parts :

Existe-t-il une clause pour achat/rachat en cas de :

- Décès? Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui
- Invalidité? Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui
- Maladies graves? Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui

Détails de la détention dans la société par actions

Actions ordinaires

N/A

Pourcentage (%) :	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Valeur :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
PBR :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Capital versé :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$

Actions privilégiées

N/A

Pourcentage (%) :	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Valeur :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
PBR :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Capital versé :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Prêt à la société :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Prêt par la société :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$

Détails des intérêts dans la société de personnes

N/A

% de participation :	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Partage des profits en % :	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Capital actuel en \$:	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Prélèvement annuel moyen :	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$

D – Assurances en vigueur

Preneur	Personne assurée	Compagnie d'assurance	Montant assuré	Prime	Type Vie, MG, Inv.	Protection Temp./Perm. Ind./Col.	Bénéficiaire
1.			\$	\$			
2.			\$	\$			
3.			\$	\$			
4.			\$	\$			
5.			\$	\$			
6.			\$	\$			
7.			\$	\$			
8.			\$	\$			
9.			\$	\$			
10.			\$	\$			

E – Notes**F – Utilisation prévue de l'assurance — objectifs et besoins (cochez)**

	Assurance vie	Assurance maladies graves
1. Financement de l'achat ou du rachat d'actions/de parts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cautionnement par l'actionnaire/associé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dettes et autres engagements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Impact économique lié à l'absence de l'actionnaire/associé ou de la personne clé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Don planifié.	<input type="checkbox"/>	s.o.
6. Autres stratégies d'investissement.	<input type="checkbox"/>	s.o.

G – Analyse des besoins financiers pour les gens d'affaires : Assurance vie

Nom des assurés : _____

1. Financement de l'achat ou du rachat d'actions / de parts

Valeur des actions ordinaires/parts ¹ :		\$	\$	\$	\$
Plus-value estimée projetée (Justification requise) :	+	\$	\$	\$	\$
Valeur des actions privilégiées :	+	\$	\$	\$	\$
Total :	=	\$	\$	\$	\$ ①

¹ Valeur obtenue dans la convention en vigueur ou estimée par le client. Si vous utilisez la valeur estimée, elle sera retenue aux fins d'analyse.

2. Cautionnement par l'actionnaire/associé

Montant total engagé : _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ ②

3. Dettes et autres engagements

Créances :		\$	\$	\$	\$
Crédit-bail :	+	\$	\$	\$	\$
Bail commercial :	+	\$	\$	\$	\$
Pénalité pour rupture de contrat :	+	\$	\$	\$	\$
Transactions entre personnes liées/sociétés apparentées :	+	\$	\$	\$	\$
Avances :	+	\$	\$	\$	\$
	+	\$	\$	\$	\$
	+	\$	\$	\$	\$
	+	\$	\$	\$	\$
Total :	=	\$	\$	\$	\$ ③

Nom des assurés :

4. Répercussions économiques liées à l'absence de l'actionnaire/associé ou de la personne clé

- Répercussions sur le bilan

Pertes d'actifs :		\$	\$	\$	\$
Passifs supplémentaires :	+	\$	\$	\$	\$

- Répercussions sur les résultats

Pertes de revenu :	+	\$	\$	\$	\$
Coûts liés au recrutement :	+	\$	\$	\$	\$
Rémunération du candidat remplaçant :	+	\$	\$	\$	\$
Coût de formation du remplacement :	+	\$	\$	\$	\$
Autre(s) dépense(s) :	+	\$	\$	\$	\$
Autre(s) dépense(s) :	+	\$	\$	\$	\$
Total :	=	\$	\$	\$	\$ ④

5. Don planifié

Montant du don :		\$	\$	\$	\$ ⑤
------------------	--	----	----	----	------

6. Autres stratégies d'investissement (justifications requises)

Montant d'assurance vie requis :		\$	\$	\$	\$ ⑥
----------------------------------	--	----	----	----	------

Veuillez préciser :

7. Total des besoins financiers en cas de décès

① + ② + ③ + ④ + ⑤ + ⑥ =					
Total :	=	\$	\$	\$	\$ ⑦

8. Liquidités disponibles et assurances en vigueur

Liquidités disponibles :		\$	\$	\$	\$
Assurances en vigueur :	+	\$	\$	\$	\$
Total :	=	\$	\$	\$	\$ ⑧

9. Montant supplémentaire d'assurance vie estimé

⑦ - ⑧ =					
Montant total :	=	\$	\$	\$	\$ ⑨

H – Analyse des besoins financiers pour les gens d'affaires : Assurance maladies graves

Nom des assurés :

1. Financement de l'achat ou du rachat d'actions / de parts

Valeur des actions ordinaires/parts ¹ :		\$	\$	\$	\$
Plus-value estimée projetée (Justification requise):	+	\$	\$	\$	\$
Valeur des actions privilégiées:	+	\$	\$	\$	\$
Total:	=	\$	\$	\$	\$ ①

¹ Valeur obtenue dans la convention en vigueur ou estimée par le client. Si vous utilisez la valeur estimée, elle sera retenue aux fins d'analyse.

2. Cautionnement par l'actionnaire/associé

Montant total engagé:		\$	\$	\$	\$ ②
------------------------------	--	-----------	-----------	-----------	-------------

3. Dettes et autres engagements

Créances:		\$	\$	\$	\$
Crédit-bail:	+	\$	\$	\$	\$
Bail commercial:	+	\$	\$	\$	\$
Pénalité pour rupture de contrat:	+	\$	\$	\$	\$
Transactions entre personnes liées/sociétés apparentées:	+	\$	\$	\$	\$
Avances:	+	\$	\$	\$	\$
	+	\$	\$	\$	\$
	+	\$	\$	\$	\$
	+	\$	\$	\$	\$
Total:	=	\$	\$	\$	\$ ③

Nom des assurés :

4. Répercussions économiques liées à l'absence de l'actionnaire/associé ou de la personne clé

- Répercussions sur le bilan

Pertes d'actifs:		\$	\$	\$	\$
Passifs supplémentaires:	+	\$	\$	\$	\$

- Répercussions sur les résultats

Pertes de revenu:	+	\$	\$	\$	\$
Coûts liés au recrutement:	+	\$	\$	\$	\$
Rémunération du candidat remplaçant:	+	\$	\$	\$	\$
Coût de formation du remplacement:	+	\$	\$	\$	\$
Autre(s) dépense(s):	+	\$	\$	\$	\$
Autre(s) dépense(s):	+	\$	\$	\$	\$
Total:	=	\$	\$	\$	\$ ④

5. Total des besoins financiers en cas de maladies graves

① + ② + ③ + ④ =

Total:	=	\$	\$	\$	\$ ⑤
---------------	---	----	----	----	------

6. Liquidités disponibles et assurances en vigueur

Liquidités disponibles:		\$	\$	\$	\$
Assurances en vigueur:	+	\$	\$	\$	\$
Total:	=	\$	\$	\$	\$ ⑥

7. Montant supplémentaire d'assurance maladies graves estimé

⑤ - ⑥ =

Montant total:	=	\$	\$	\$	\$ ⑦
-----------------------	---	----	----	----	------

I – Recommandation(s)

J – Documentation supplémentaire remise

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Convention entre associés/actionnaires | <input type="checkbox"/> Contrat d'assurance | <input type="checkbox"/> États financiers |
| <input type="checkbox"/> Organigramme | <input type="checkbox"/> Contrat de société | <input type="checkbox"/> Acte de donation fiduciaire |
| <input type="checkbox"/> Autre: _____ | <input type="checkbox"/> Autre: _____ | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

Desjardins, un nom qui inspire confiance!

Le Mouvement Desjardins est le premier groupe financier coopératif au Canada et l'une des institutions financières les mieux capitalisées au pays. Il jouit d'excellentes cotes de crédit comparables à celles de plusieurs grandes banques canadiennes et même internationales. Cela lui vaut notamment d'être reconnu parmi les institutions financières les plus solides dans le monde selon le magazine *The Banker*.

desjardinsassurancevie.com