



Assurances



Collecte d'information - Besoins en assurance d'une entreprise

Pour

Préparée par

Date

Besoins en assurance d'une entreprise



Assurances

Renseignements sur l'entreprise

Nom de l'entreprise	
Personne-ressource	
Méthode de contact préférée	☐ Courrier ☐ Téléphone ☐ Courriel
Numéro de téléphone	
Adresse courriel	
Adresse de l'entreprise	
Secteur d'activité	
Date de création de l'entreprise	
Numéro d'enregistrement	
Structure juridique	☐ Propriétaire unique ☐ Société de personnes ☐ Société par actions
Site Web	

Renseignements sur la société par actions

Existe-t-il un organigramme ? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, a-t-il été fourni ? ☐ Oui ☐ Non

Date de constitution en société	
Société fermée ou ouverte ?	
Convention entre actionnaires rédigée ? <i>Oui/Non</i>	
Nombre d'employés	
Valeur estimée de l'entreprise	\$
Plans de développement futurs <i>Croissance / Stable / Décroissance</i>	
Société d'exploitation ou société de portefeuille ?	

Renseignements sur la société de personnes – Remplir seulement s'il y a lieu.

Existe-t-il un contrat de société ou une convention des actionnaires ? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, une copie a-t-elle été fournie ? ☐ Oui ☐ Non

Renseignements sur l'associé ou l'actionnaire

Les actionnaires détiennent-ils la société directement ou par l'intermédiaire d'une autre structure, comme une société de portefeuille ?

S'il existe d'autres sociétés, partenariats, fiducies, etc., veuillez fournir l'organigramme et les renseignements pour toutes les entités.

Nom(s)			
Date de naissance			
Usage du tabac			
Titre			
Salaire			
Date d'entrée en fonction de l'associé/l'actionnaire			
Date prévue de départ à la retraite			
Autre			

Actions ordinaires			
Nombre d'actions			
Prix de base rajusté des actions			
Valeur			
Pourcentage détenu			

Actions privilégiées			
Nombre d'actions			
Valeur			
Pourcentage détenu			
Prêt à la société			
L'absence prolongée de cette personne aurait-elle une incidence économique sur l'entreprise ?	☐ Oui ☐ Non Montant : \$	☐ Oui ☐ Non Montant : \$	☐ Oui ☐ Non Montant : \$

Existe-t-il une clause d'achat ou de rachat en cas de :

Décès ☐ Oui ☐ Non

Invalidité ☐ Oui ☐ Non

Maladie grave ☐ Oui ☐ Non

Retraite ☐ Oui ☐ Non

Autre information financière

Les actionnaires ont-ils été désignés comme garants ? **Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-dessous.**

La société a-t-elle des obligations financières à long terme et d'autres engagements juridiques ? **Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-dessous.** (P. ex. garanties, engagements)

Veuillez inclure tout renseignement sur les prêts, les baux ou les conventions de crédit-bail mobilier.

Renseignements sur les assurances collectives

Compagnie d'assurance collective	Assurances maladie et soins dentaires	ILD et ICD	Vie et MG

Avez-vous de la difficulté à attirer et à retenir des employés ? **Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-dessous.**

Renseignements sur les personnes clés

Nom(s)			
Date de naissance			
Usage du tabac			
Poste			
Salaire			
Qu'est-ce qui fait de cette personne une personne clé ?			

Couverture d'assurance vie existante

	Police un	Police deux	Police trois	Police quatre
Titulaire de la police - Assurance collective - Société				
Personne assurée/type de couverture				
Assureur				
Bénéficiaire				
Numéro/type de police				
Date de la police				
Montant				
VR				
Prime actuelle				

Assurance à prestations du vivant existante

	Police un	Police deux	Police trois	Police quatre
Titulaire de la police - Assurance collective - Société				
Type de couverture - Maladies graves - Invalidité				
Personne assurée				
Assureur				
Montant				

Délai de carence				
Période d'indemnisation				
Prime actuelle				

Dépenses mensuelles

Loyer		\$
Versements hypothécaires		\$
Téléphone		\$
Salaires des employés		\$
Équipements loués		\$
Services publics		\$
Capital et intérêt sur prêts à l'entreprise		\$
Primes d'assurance responsabilité civile d'entreprise		\$
Cotisations professionnelles et abonnements		\$
Fournitures de bureau		\$
Dépréciation ou versements périodiques sur prêts à l'entreprise, y compris un prêt hypothécaire		\$
Autres frais fixes mensuels et frais généraux nécessaires		\$

S'il vous arrivait quelque chose, qui paierait les dépenses mensuelles courantes ?

Documents supplémentaires fournis

- ☐ Contrat de société/convention entre actionnaires
☐ États financiers
☐ Lettre d'accompagnement

- ☐ Contrats d'assurance
☐ Organigramme
☐ Statuts/Numéro d'entreprise et documents réglementaires
☐ Autres

Autres renseignements pertinents

Quelle est l'échéance demandée pour la souscription de cette assurance ?

Plusieurs propositions sont-elles présentées auprès de différents assureurs ? ☐ Oui ☐ Non

Plusieurs assureurs sont-ils concernés par ce dossier ? ☐ Oui ☐ Non

Professionnels avec lesquels vous traitez

(Comptables, avocats, notaires, fiscalistes)

Renseignements supplémentaires :