

QUESTIONNAIRE CLIENT

IDENTIFICATION	PARTICULIER __M__F	CONJOINT (E) __M__F
Prénom:		
Nom de famille		
NAS		
Date de naissance	Jour: mois: année:	Jour: mois: année:
Adresse		
Téléphone résidence		
Céllulaire		
Adresse courriel		

ÉTAT CIVIL AU 31 DÉCEMBRE

<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf		
Si changement état civil:	Date du changement	mois/jour ____/____

ASSURANCE MÉDICAMENT	PARTICULIER	CONJOINT (E)
Assurance privée de base toute l'année		
RAMQ toute l'année		
Si changement durant l'année:		
Mois RAMQ : <input type="checkbox"/> janv <input type="checkbox"/> fév <input type="checkbox"/> mars <input type="checkbox"/> avril <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> juin <input type="checkbox"/> juil <input type="checkbox"/> août <input type="checkbox"/> sept <input type="checkbox"/> oct <input type="checkbox"/> nov <input type="checkbox"/> déc		
Mois Privée : <input type="checkbox"/> janv <input type="checkbox"/> fév <input type="checkbox"/> mars <input type="checkbox"/> avril <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> juin <input type="checkbox"/> juil <input type="checkbox"/> août <input type="checkbox"/> sept <input type="checkbox"/> oct <input type="checkbox"/> nov <input type="checkbox"/> déc		

PERSONNES À CHARGE	1	2
Prénom		
Nom de famille		
Date de naissance	Jour: mois: année:	Jour: mois: année:
NAS		
Lien de parenté		
Revenu net		
Frais inscription activité		

PERSONNES À CHARGE	3	4
Prénom		
Nom de famille		
Date de naissance	Jour: mois: année:	Jour: mois: année:
NAS		
Lien de parenté		
Revenu net		
Frais inscription activité		

