



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 ?	
<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Montant :</b>	<b>Montant :</b>
<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Montant :</b>	<b>Montant :</b>
<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Montant :</b>	<b>Montant :</b>

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

Décès	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Invalidité	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Maladie grave	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Retraite	<b>Oui</b>	<b>Non</b>

### 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurance collective</li> <li>Société</li> </ul>				
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurance collective</li> <li>Société</li> </ul>				
Type de couverture <ul style="list-style-type: none"> <li>Maladies graves</li> <li>Invalité</li> </ul>				
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 :**