



Analyse factuelle et analyse des besoins

Document rédigé par :

Date de rédaction :

Table des matières

Section A : Renseignements sur le client	2
Section B : Valeur nette	4
Section C : Aperçu de la situation actuelle	6
Section D : Protection du vivant.....	8
Section E : Besoins financiers au décès.....	11
Section F : Priorités/notes	13
Section G : Budget : Revenu et dépenses du ménage.....	14
Documents à examiner	17

Section A : Renseignements sur le client

Coordonnées	
Client 1	Client 2
Nom :	Nom :
Téléphone au domicile :	Téléphone au domicile :
Téléphone au travail :	Téléphone au travail :
Téléphone cellulaire :	Téléphone cellulaire :
Télécopieur :	Télécopieur :
Adresse :	Adresse :
Adresse de courriel* :	Adresse de courriel* :

Moyen de communication à privilégier (cochez-en un seul) :

Téléphone cellulaire
 Téléphone au travail
 Téléphone au domicile
 Courriel*

* Directives à l'intention du conseiller :

- Informez le client que le courrier électronique n'est pas entièrement sécuritaire et qu'il n'est pas tenu de fournir son adresse de courriel.
- Prenez soin de demander au client s'il accepte que vous communiquiez avec lui par courriel.

Renseignements personnels			
Client 1		Client 2	
Âge :		Âge :	
Loisirs/intérêts :		Loisirs/intérêts :	
État matrimonial :		État matrimonial :	
Enfants / personnes à charge :	Âge	Enfants / personnes à charge :	Âge

Renseignements sur l'emploi			
Client 1		Client 2	
Employeur :		Employeur :	
Titre :		Titre :	
Profession/tâches :		Profession/tâches :	
Revenu annuel :		Revenu annuel :	
Objectifs de carrière :		Objectifs de carrière :	

Renseignements relatifs à un testament / une procuration

Avez-vous un testament?	Oui	Non	Dernière mise à jour :
			Endroit où il se trouve :
Prévoyez-vous recevoir un héritage?	Oui	Non	Précisions/montant :
Avez-vous une procuration?	Oui	Non	

Objectifs

Quels sont vos objectifs à court terme? (Au cours des deux prochaines années)

Quels sont vos objectifs à long terme? (Dans cinq à dix ans)

Si nous nous rencontrons dans trois ans et que vous passiez en revue la période de trois ans écoulée, que devrait-il s'être passé pendant cette période, sur les plans personnel et professionnel, afin que vous soyez satisfait des progrès de votre situation?

Plan personnel

Plan professionnel

--	--

Qu'attendez-vous d'un conseiller*?

*Au Québec, toute référence au terme conseiller correspond à conseiller en sécurité financière au titre des polices d'assurance individuelle et de fonds distincts, et à conseiller en assurance collective / en régimes de rentes collectives au titre des produits collectifs.

Section B : Valeur nette

Situation actuelle

Actifs	Montant	Périodicité des cotisations (mensuelle, annuelle)
Comptes bancaires	\$	
Épargne non enregistrée (CPG, etc.)	\$	
Automobile (achetée)	\$	
Résidence principale	\$	
Immeuble locatif	\$	
Autres actifs liquides / non liquides (CELI, biens immobiliers, etc.)	\$	
Autres actifs liquides / non liquides (CELI, biens immobiliers, etc.)	\$	
Total :	\$	

Dettes/passif	Montant	Périodicité des paiements (mensuelle, annuelle)
Prêts étudiant	\$	
Prêts automobile	\$	
Prêt hypothécaire	\$	
Marges de crédit / prêts	\$	
Cartes de crédit	\$	
Autres	\$	
Total :	\$	
Valeur nette (actif moins passif)	\$	

Revenu

L'an dernier	Cette année	Dans cinq ans	Cotisations à l'A.-E., au RRQ/RPC?

Planification future

Comment vous y prendriez-vous présentement pour faire face à un besoin financier urgent? (p. ex. réparations à la voiture, à la maison, etc.)

Idéalement, quelle somme aimeriez-vous mettre de côté comme fonds d'urgence?



Objectifs d'achats futurs

Description	Délai	Montant à épargner
Automobile		
Maison		
Entreprise		
Vacances		
Études		
Autre		
Autre		

Section C : Aperçu de la situation actuelle

Régime de retraite actuel		
Versez-vous des cotisations au titre de l'une des options de planification de la retraite suivantes?		
	Client 1	Client 2
Épargne-retraite existante	Montant/périodicité	Montant/périodicité
REER		
Régime de retraite		
Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)		
Autre épargne enregistrée / non enregistrée		

Avez-vous déjà emprunté pour investir dans un REER? Oui Non
Dans la négative, envisageriez-vous de le faire? Oui Non

Style de vie désiré à la retraite
Quel âge associez-vous à la retraite? Pourquoi?
Quel style de vie envisagez-vous pour votre retraite?

Régime de retraite souhaité		
	Client 1	Client 2
Âge prévu à la retraite		
Nombre d'années avant la retraite		
Nombre d'années après la retraite		
A) Revenu mensuel souhaité après la retraite (en dollars courants)	\$	\$
B) Rente mensuelle (y compris RPC/RRQ/SV)	\$	\$
Valeur de l'épargne prévue à la retraite (REER, CELI, placements non enregistrés)	\$	\$
C) Montant du retrait mensuel prévu provenant de l'épargne	\$	\$
Manque à gagner / excédent $A - (B+C)$	\$	\$

Produits d'assurance individuelle existants						
	Produit 1		Produit 2		Produit 3	
Institution						
Assuré / propriétaire de police						
Bénéficiaire						
Type de police						
Prestation de décès		\$		\$		\$
Valeur de rachat		\$		\$		\$
Prime annuelle		\$		\$		\$

Placements existants						
	Produit 1		Produit 2		Produit 3	
Institution						
Propriétaire de police / titulaire de compte						
Bénéficiaire						
Type de compte/police						
Valeur du placement		\$		\$		\$
Dépôt annuel		\$		\$		\$
Enregistré	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Section D : Protection du vivant

Assurance invalidité actuelle

Avez-vous de l'assurance invalidité?

Oui Non

Dans l'affirmative, cochez tout ce qui s'applique Assurance personnelle Assurance au travail

Polices d'assurance invalidité existantes

Institution	Personne assurée	Propriétaire	Période d'attente	Période d'indemnisation	Protection mensuelle	Prime	Autres garanties

Assurance contre le risque de maladie grave actuelle

Y a-t-il des antécédents de maladies graves dans votre famille?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions :

Avez-vous une assurance contre le risque de maladie grave?

Oui Non

Polices d'assurance contre le risque de maladie grave existantes

Institution	Personne assurée	Propriétaire	Versement forfaitaire	Période d'indemnisation	Prime	Autres garanties

Êtes-vous satisfait de votre protection d'assurance invalidité ou d'assurance contre le risque de maladie grave actuelle?

Oui Non

Dans la négative, veuillez donner des précisions :

Analyse des besoins en assurance invalidité

Alors que bon nombre de personnes assurent les choses qui leur tiennent à cœur, ce n'est pas tout le monde qui réalise l'importance d'assurer sa capacité à gagner un revenu.

	Client 1	Client 2
Part de l'assuré des dépenses mensuelles		
Prêt hypothécaire, loyer, impôt foncier	\$	\$
Épicerie et articles ménagers	\$	\$
Services publics – électricité, chauffage, eau, etc.	\$	\$
Téléphone, Internet, etc.	\$	\$
Prêts et cartes de crédit	\$	\$
Dépenses liées à la voiture	\$	\$
Primes d'assurance	\$	\$
Vêtements	\$	\$
Cotisations à un régime d'épargne – REER, REEE, fonds d'urgence	\$	\$
Autre	\$	\$
Total des dépenses mensuelles	\$	\$
Assurance invalidité actuelle (prestation mensuelle)		
Individuelle	\$	\$
Collective	\$	\$
Association	\$	\$
Autre	\$	\$
Assurance invalidité totale	\$	\$
Dépenses mensuelles moins protection mensuelle	\$	\$

Y a-t-il un manque à gagner?

Oui Non

Assurance contre le risque de maladie grave

	Client 1	Client 2
Besoins en capitaux (versement forfaitaire)		
Solde impayé du prêt hypothécaire	\$	\$
Dettes impayées (cartes de crédit, prêt automobile, prêt étudiant, marge de crédit, etc.)	\$	\$
Fonds d'études	\$	\$
Autre	\$	\$
Total partiel	\$	\$
Frais pouvant être exigés (garderie, soins infirmiers, etc.)		
Traitement requis ou non assuré	\$	\$
Dépenses associées au fait de recevoir un traitement	\$	\$
Équipement (fauteuil roulant, triporteur)	\$	\$
Aménagements domiciliaires	\$	\$
Modifications apportées à un véhicule	\$	\$
Dépenses d'entreprise	\$	\$
Dépenses imprévues – fonds d'urgence	\$	\$
Autre	\$	\$
Total partiel	\$	\$
Supplément de revenu (votre revenu, le revenu du conjoint, etc.)		
Supplément de revenu désiré (par mois)	\$	\$
Nombre de mois		
Taux de rendement du placement	%	%
Taux d'inflation	%	%
Imposition annuelle sur le placement	\$	\$
Rendement après impôts	\$	\$
Total partiel	\$	\$
Ensemble des besoins potentiels d'assurance contre le risque de maladie grave	\$	\$
Moins les ressources disponibles provenant d'autres sources	\$	\$
Montant net d'assurance contre le risque de maladie grave requise en fonction de l'analyse des besoins	\$	\$

Section E : Besoins financiers au décès

Dans le cadre de la planification des besoins financiers en cas de décès, il faut tenir compte de deux aspects importants :

1) Subvenir aux besoins immédiats 2) Procurer un revenu constant aux survivants

Besoins immédiats

En cas de décès :	Client 1	Client 2
Frais de dernière maladie / d'inhumation		
Remboursement des dettes (p. ex. prêt hypothécaire, cartes de crédit, marge de crédit, prêts)	+	+
Fonds d'études	+	+
Fonds d'urgence	+	+
Autre	+	+
Total des besoins immédiats	1 =	1 =

Revenu constant pour les survivants

	Client 1	Client 2
Revenu brut du ménage requis		
Revenu brut gagné par les survivants	-	-
Prestations de survivant estimatives du RPC/RRQ	-	-
Autre revenu garanti	-	-
Total partiel des besoins en revenu (indiquez 0 si le résultat est négatif) (a)	=	=
Convertir en dollars nets (b)	(a) x (1 – taux d'imposition moyen du survivant) =	(a) x (1 – taux d'imposition moyen du survivant) =
Nombre d'années requises en cas de décès		
Capital total requis au décès afin de remplacer le revenu après impôts	(b) x facteur de valeur actualisée en fonction du nombre d'années requises 2 =	(b) x facteur de valeur actualisée en fonction du nombre d'années requises 2 =

Capital courant et assurance-vie

	Client 1	Client 2
Actifs réalisables (non enregistrés)*		
Assurance-vie existante (y compris l'assurance hypothécaire)*	+	+
Prestation de décès du RPC/RRQ	+	+
Total des actifs disponibles	3 =	3 =

* Actifs pouvant être liquidés en cas de décès

En cas de décès

	Client 1	Client 2
Protection supplémentaire nécessaire	1+2-3=	1+2-3=

Tableau de la valeur actualisée*

Années	5	7	10	12	15	17	20	22	25	27	30	32	35	37	40
Facteur	4,81	6,61	9,18	10,82	13,16	14,64	16,76	18,11	20,04	21,26	23,02	24,13	25,72	26,73	28,17

* Basée sur un taux de rendement de cinq pour cent après impôts, à un taux d'inflation de trois pour cent.
À noter : Si le nombre d'années se situe dans un intervalle, veuillez arrondir au nombre supérieur.

D'après vous, d'où proviendra cet argent?

Options pour faire face aux besoins futurs

À commencer maintenant

À commencer plus tard

À mettre en place par étapes



Section F : Priorités/notes

Liquidité

Retraite

Protection du vivant

Besoins financiers au décès

Section G : Budget : Revenu et dépenses du ménage

Revenu du ménage (mensuel)		
	Client 1	Client 2
Revenu d'emploi	\$	\$
Autre (revenu de location, prestations gouvernementales, etc.)	\$	\$
Total	\$	\$

Engagements financiers du ménage (mensuels)		
Cotisations à un régime d'épargne / primes d'assurance	Client 1	Client 2
Régime enregistré d'épargne (p. ex. un CELI)	\$	\$
Régime non enregistré d'épargne	\$	\$
Assurance-vie	\$	\$
Assurance invalidité / contre le risque de maladie grave	\$	\$
Autre (p. ex. fonds d'études)	\$	\$
Autre	\$	\$
Total	\$	\$
Remboursement de dettes		
Versements liés à des prêts / marges de crédit	\$	\$
Versements liés à des cartes de crédit	\$	\$
Remboursement d'un prêt étudiant	\$	\$
Prêt hypothécaire	\$	\$
Autre	\$	\$
Total	\$	\$

Votre cote de solvabilité (Equifax/FICO) :

Coûts de logement	
Loyer	\$
Taxes / assurance habitation	\$
Électricité/chauffage/eau	\$
Entretien	\$
Téléphone/câble/Internet	\$
Autre	\$
Total	\$

Transport	
Prêt automobile / paiements de location	\$
Transport en commun	\$
Assurance	\$
Carburant	\$
Entretien/réparations	\$
Autre	\$
Autre	\$
Total	\$

Dépenses courantes	
Épicerie	\$
Entretien ménager	\$
Vêtements	\$
Garderie	\$
Soins personnels	\$
Autre	\$
Total	\$

Soins de santé	
Soins paramédicaux	\$
Soins dentaires	\$
Soins oculaires	\$
Médicaments	\$
Autre	\$
Autre	\$
Total	\$

Loisirs	
Divertissement	\$
Restaurants	\$
Sports / affiliation à des clubs	\$
Passe-temps	\$
Abonnements	\$
Vacances	\$
Autre	\$
Total	\$

Divers	
Cadeaux	\$
Dons à des organismes de bienfaisance	\$
Autre	\$
Autre	\$
Autre	\$
Autre	\$
Total	\$

Sommaire du budget mensuel du ménage

Revenu total		Total des dépenses	
Revenu net du client 1	\$	Cotisations à un régime d'épargne	\$
Revenu net du client 2	\$	Remboursement de dettes	\$
		Coûts de logement	\$
		Transport	\$
		Dépenses courantes	\$
		Soins de santé	\$
		Loisirs	\$
		Divers	\$
Revenu total du ménage	\$	Total des dépenses du ménage	\$
		Revenu discrétionnaire annuel du ménage	\$

Analyse du budget

Pourcentage des liquidités affecté aux cotisations à un régime d'épargne / aux primes d'assurance	%
Pourcentage que vous aimeriez affecter à un régime d'épargne / aux primes d'assurance	%

Documents à examiner

	Demandé	Reçu	Retourné
Déclarations de revenus, y compris l'Avis de cotisation de l'an dernier			
Relevés du régime de retraite de l'employeur			
Polices d'assurance-vie et d'assurance invalidité			
Relevé le plus récent du RRQ/RPC			
Renseignements sur les obligations d'épargne			
Relevés de placement les plus récents			
Budget des dépenses personnelles et des frais de subsistance			
Relevés des prêts (ou solde à rembourser)			
Renseignements sur le prêt hypothécaire (solde, date de renouvellement, prêteur hypothécaire)			
Soldes des cartes de crédit			
Livrets d'avantages sociaux (régimes collectifs et de retraite)			
Bulletins de paye			
Autre			

Signature du ou des clients : _____

Date : _____