

Un programme d'assurance de personnes
 de Desjardins Sécurité financière offert par :

Sogemec
 ASSURANCES 
 Cabinet de services financiers

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom et prénom de l'assuré		N° de compte
N° d'attestation	N° d'identification	

RENSEIGNEMENTS SUR LES FRAIS GÉNÉRAUX

• **VEUILLEZ INSCRIRE** le mois de l'invalidité visé par la présente demande, votre revenu brut et les dépenses mensuelles réellement engagées, de façon raisonnable et courante, pour chacun des éléments énumérés ci-dessous.

 Mois de l'invalidité Revenu brut reçu \$

• **VEUILLEZ JOINDRE** les pièces justificatives de chacun des frais généraux inscrits ci-dessous.

Frais généraux	Montant
Salaire de vos employés.	_____ \$
Services publics (téléphone, eau, électricité)	_____ \$
Loyer, taxes foncières ou le versement mensuel en remboursement d'un emprunt hypothécaire contracté relatif à la partie de l'immeuble où se trouve votre cabinet	_____ \$
Blanchisserie, conciergerie et entretien	_____ \$
Honoraires pour services professionnels	_____ \$
Versements d'un contrat de crédit-bail (si ce contrat n'est pas assuré)	_____ \$
Amortissement	_____ \$
Location d'équipement	_____ \$
Intérêts débiteurs et remboursements périodiques de capital (autres que l'hypothèque)	_____ \$
Cotisations professionnelles et assurance responsabilité	_____ \$
Autres dépenses fixes habituelles (précisez) :	_____ \$
.....	_____ \$
.....	_____ \$
TOTAL DES DÉPENSES	_____ \$

Pour déterminer le revenu gagné net aux fins du calcul de la prestation d'invalidité partielle, veuillez soustraire de votre revenu brut le total de vos dépenses.	Revenu brut	<input type="text"/> \$
	Total des dépenses	<input type="text"/> \$
	Revenu gagné net	<input type="text"/> \$

JE DÉCLARE que tous les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques.

 Nom et prénom de la personne
 ayant rempli le formulaire (en majuscule) _____

Signature de la personne ayant rempli le formulaire _____ Date _____

Signature de l'assuré _____ Date _____