

Guide de préparation d'un testament

Ce document est destiné à vous aider à réunir toutes les informations en vue d'établir vos dispositions testamentaires. Nous espérons qu'il vous sera utile.

INFORMATION PERSONNELLES

Votre nom légal : _____

Avez-vous établi un testament? Oui Non Date de votre testament actuel : _____

Adresse de votre résidence : _____

Code postal : _____

Date de naissance: _____ Âge : _____ Numéro d'Assurance sociale : _____

Lieu de naissance : _____

Ville/Province/Pays

Situation de famille : Célibataire Divorcé(e) Marié(e) Veuf(ve) Autre; précisez: _____

Nom légal du conjoint(e) : _____

ENFANTS

Nom : _____

Nom : _____

Son lien de parenté : _____

Son lien de parenté : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Nom : _____

Nom : _____

Son lien de parenté : _____

Son lien de parenté : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

BIENS EN CAPITAL

COMPTES BANCAIRES

Détenteur : Unique Compte joint

Détenteur : Unique Compte joint

Nom du codétenteur _____ Lien de parenté _____

Nom du codétenteur _____ Lien de parenté _____

Adresse du codétenteur _____

Adresse du codétenteur _____

Nom de l'institution financière _____

Nom de l'institution financière _____

Adresse de la succursale _____

Adresse de la succursale _____

Numéro du compte _____

Numéro du compte _____

Montant actuel : \$ _____

Montant actuel : \$ _____

INVESTISSEMENTS

TITRES

Détenteur : Unique Compte joint

Nom du codétenteur _____ Lien de parenté _____

Adresse du codétenteur _____

Type _____

Emplacement _____

Valeur courante : \$ _____

CERTIFICATS

Détenteur : Unique Compte joint

Nom du codétenteur _____ Lien de parenté _____

Adresse du codétenteur _____

Type _____

Emplacement _____

Valeur courante : \$ _____

PLANS D'ÉPARGNE ENREGISTRÉS

REERs

Nom de l'institution _____

Adresse _____

Numéro du Plan _____

Valeur courante : \$ _____

Fonds d'Investissements Enregistrés

Nom de l'institution _____

Adresse _____

Numéro du plan _____

Valeur courante : \$ _____

FONDS MUTUELS/PORTEFEUILLE

Détenteur : Unique Compte joint

Nom du codétenteur _____ Lien de parenté _____

Adresse du codétenteur _____

Type _____

Emplacement _____

Valeur courante : \$ _____

RENTES

Détenteur : Unique Compte joint

Nom du codétenteur _____ Lien de parenté _____

Adresse du codétenteur _____

Type _____

Emplacement _____

Valeur courante : \$ _____

Plans d'épargne enregistrés du Propriétaire

Nom de l'institution _____

Adresse _____

Numéro du plan _____

Valeur courante : \$ _____

BIENS IMMOBILIERS

Je possède les biens immobiliers suivants (terrain, immeuble, automobile, bateaux).

Résidence : _____
Emplacement

Propriétaire unique Copropriétaire _____ Valeur : \$ _____
Nom du copropriétaire

Maison de campagne/Autre propriété : _____
Emplacement

Propriétaire unique Copropriétaire _____ Valeur : \$ _____
Nom du copropriétaire

Entreprise : _____
Localisation

Propriétaire unique Incorporé Société _____ Valeur : \$ _____
Nom du partenaire

Automobiles : _____ \$ _____
Valeur

Meubles : _____ \$ _____
Valeur

Bijoux : _____ \$ _____
Valeur

Autres biens (ex. Collections, objets culturels de valeur, etc.... Veuillez indiquer toutes informations appropriées. Joignez les pages supplémentaires requises.) :

ASSURANCE VIE

Titulaire du contrat d'assurance

Nom de l'agent

Nom de la Compagnie d'assurance

Numéro du contrat

Montant : \$ _____

Bénéficiaire

(Veuillez joindre les pages supplémentaires requises)

GROUPE D'ASSURANCE VIE

Nom de l'employeur

Numéro du plan

Nom de la compagnie d'assurance

Bénéficiaire

Montant : \$ _____

(Veuillez joindre les pages supplémentaires requises)

PLANS DE RETRAITE

Faites-vous partie d'une compagnie de plan de retraite : Oui Non

Si oui : Nom de la compagnie : _____ Bénéficiaire : _____

Numéro du plan : _____ Montant : \$ _____

Plan de retraite du Canada: _____ Montant annuel : \$ _____
Date d'entrée en vigueur _____

Sécurité vieillesse : _____ Montant annuel : \$ _____
Date d'entrée en vigueur _____

ENGAGEMENTS FINANCIERS

HYPOTHÈQUE/EMPRUNTS

Je n'ai pas d'hypothèque

Créancier de l'hypothèque

Mode de remboursement

Montant redevable : \$ _____

L'assurance vie couvre l'hypothèque : Oui Non

Je n'ai aucun emprunt

Emprunt accordé par

Mode de remboursement

Montant redevable : \$ _____

Le prêt est-il couvert par l'assurance vie : Oui Non

CREDIT/CARTES DE CRÉDIT

Nom de la compagnie : _____

Numéro de compte : _____

Date d'expiration : _____

Limite de crédit : \$ _____

Solde actuel : \$ _____

Nom de la compagnie : _____

Numéro de compte : _____

Date d'expiration : _____

Limite de crédit : \$ _____

Solde actuel : \$ _____

Nom de la compagnie : _____

Numéro de compte : _____

Date d'expiration : _____

Limite de crédit : \$ _____

Solde actuel : \$ _____

Nom de la compagnie : _____

Numéro de compte : _____

Date d'expiration : _____

Limite de crédit : \$ _____

Solde actuel : \$ _____

INSTRUCTIONS ET RANGEMENT DE DOCUMENTS IMPORTANTS

DOCUMENTS

J'ai effectué des photocopies de documents importants (ex. Testament, liste des titres et placements, ma dernière déclaration d'impôts, mes contrats d'assurance, mes arrangements funéraires, mes contrats d'hypothèque, etc.). Ces documents sont rangés :

Coffre-fort À la maison, veuillez indiquer à quel endroit Autre, veuillez indiquer à quel endroit

COFFRE DE SÉCURITÉ

Je possède un coffre de sécurité à:

Nom de l'institution financière : _____

Adresse de la succursale : _____

Numéro du coffre : _____ Emplacement de la clef : _____

INSTRUCTIONS AU SUJET DE MON TESTAMENT

Mon avocat personnel est: _____

Nom du cabinet : _____

Adresse : _____

Mon comptable/Conseiller financier est : _____

Nom du cabinet : _____

Adresse : _____

Nom de l'exécuteur testamentaire : _____

Adresse de l'exécuteur : _____

Mon exécuteur possède une copie de mon testament: Oui Non

Nom de l'exécuteur testamentaire de remplacement

Nom du tuteur

Adresse

Address

Nom de l'administrateur

Instructions spéciales

Adresse

Dispositions funéraires _____

DISTRIBUTION

BÉNÉFICIAIRES: PARENTS ET AMIS

Nom du légataire : _____

Lien qui vous unit : _____ Date de naissance : _____
Année/Mois/Jour

Résidence habituelle: _____

code postal : _____

Distribution: % _____

Montant spécifique : \$ _____

Nom du légataire : _____

Lien qui vous unit : _____ Date de naissance : _____
Année/Mois/Jour

Résidence habituelle: _____

code postal : _____

Distribution: % _____

Montant spécifique : \$ _____

Nom du légataire : _____

Lien qui vous unit : _____ Date de naissance : _____
Année/Mois/Jour

Résidence habituelle: _____

code postal : _____

Distribution: % _____

Montant spécifique : \$ _____

Veillez inclure tous documents additionnels importants.

BÉNÉFICIAIRES: OEUVRES CARITATIVES

Nom légal : _____

Nom légal : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

code postal: _____

code postal: _____

Distribution: % _____

Distribution: % _____

Montant spécifique : \$ _____

Montant spécifique : \$ _____

Information sur les legs, de source sûre.

SPService
d'information sur les legs
Numéro sans frais : 1 866 679-4557
www.servicedinformationsurleslegs.ca

Société canadienne de la sclérose en plaques
Téléphone sans frais: 1-866-679-4557
175, rue Bloor Est, bureau 700, Tour Nord Toronto ON M4W 3R8