**Veuillez transmettre le formulaire rempli à** [**natalie@stewartlegalservices.net**](mailto:natalie@stewartlegalservices.net)

**Les documents officiels seront rédigés en anglais même si la conversation et les notes sont en français**

**QUESTIONNAIRE**

1. **TESTAMENTS**
2. **NOM (Nom complet):**

Époux/Conjoint (nom complet):

Épouse/Conjointe (nom complet):

Adresse:

Téléphone: (Maison) (Cellulaire)

1. **LIQUIDATEUR DE SUCCESSION**
   1. Époux, épouse, conjoint, conjointe? OUI ( ) OU NON ( )
   2. Autre?

Nom complet:

Adresse:

Lien avec la personne:

* 1. Liquidateur de succession de remplacement si époux, épouse, conjoint, conjointe est décédé(e):

Nom complet:

Adresse:

Lien avec la personne:

* 1. Deuxième liquidateur de remplacement (si liquidateur de remplacement est décédé):

Nom complet:

Adresse:

Lien avec la personne:

1. **ENFANTS (noms complets)**

Nom: D.D.N.:

Nom: D.D.N.:

Nom: D.D.N.:

Nom: D.D.N.:

1. **TUTEUR(S) (si l’autre parent est décédé)**
   1. Nom complet:

Adresse:

Lien avec la personne:

* 1. Gardien(s) de remplacement:

Nom complet:

Adresse:

Lien avec la personne:

1. **DISTRIBUTION DE LA SUCCESSION**

Subvenir aux besoins de mon épouse, mon époux, mon conjoint ou ma conjointe, enfant(s), membres de la famille, autres:

* 1. Époux, épouse, conjoint, conjointe:
     1. 100% va à mon époux(se)/conjoint(e) si il/elle survit plus de 30 jours après mon décès? OUI ( ) OU NON ( )
     2. autres (ex: pourcentage, droits viagers)?
  2. Enfant(s):
     1. Si mon époux, mon épouse, mon conjoint ou ma conjointe ne survit pas plus de 30 jours après mon décès, divisez et distribuez la succession à mes enfants en parts égales?

OUI ( ) OU NON ( )

* + 1. Si un de vos enfants décède avant vous, sa part ira à:
       1. ses enfants (les petits-enfants de votre enfant défunt)?

OUI ( ) OU NON ( )

Autres:

-OU-

* + - 1. Divisé parmi vos enfants vivants à votre décès?

OUI ( ) OU NON ( )

Autres:

* + 1. transfert aux enfants:
       1. Chaque enfant aura son héritage lorsque qu’il aura\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ans.

-OU-

* + - 1. Chaque enfant aura son héritage lorsque le plus jeune de mes enfants aura \_\_\_\_ans.
  1. Désastre familial: Si toute votre famille meurt dans un accident, que vous n’avez ni époux, épouse, conjoint ou conjointe, enfants ou grands-enfants vivants à votre décès, à qui souhaitez-vous transmettre votre succession?
  2. Si tout ou une partie de votre succession n’est pas légué à votre époux, épouse, conjoint, conjointe et enfants, souhaitez-vous:
     1. Léguer à des proches, amis ou organismes de bienfaisance?

Spécifiez:

* + 1. Si le bénéficiaire décède avant vous, à qui ira votre succession?
  1. Lègues spécifiques:
     1. Lègues en argent? OUI ( ) OU NON ( )

Nom complet:

Adresse:

Lien avec la personne:

Nom complet:

Adresse:

Lien avec la personne:

Nom complet:

Adresse:

Lien avec la personne:

* + 1. Lègues spécifiques autres qu’en argent? OUI ( ) OU NON ( )

Nom complet:

Items:

Nom complet:

Items:

Nom complet:

Items:

* 1. Êtes-vous propriétaire ou actionnaire d’une Compagnies/Entreprises? OUI( ) OU NON( )

Si oui, veuillez compléter ci-dessous :

* + 1. Nom de compagnie ou entreprise:
    2. Numéro d’accès de compagnie:
    3. Classe d’actions à votre nom:
    4. Nombre d’actions à votre nom:
    5. Qui est le bénéficiaire de vos actions?
    6. Si le bénéficiaire de vos actions est décédé, à qui ira vos actions?

1. **SOUHAIT QUANT À LA DISPOSITION DE VOTRE DÉPOUILLE**

Enterrement ( ) Incinération ( )

Don à la science ( ) Don d’organes ( )

Aucune direction ( ) Autre:

1. **AUTRES ÉLÉMENTS À AJOUTER À VOTRE TESTAMENT?:**
2. **MANDAT EN CAS D’INAPTITUDE À LA PERSONNE**  **( OUI NON):**

Un mandat en cas d’inaptitude à la personne désigne un agent en qui vous avez confiance pour prendre les décisions médicales pour vous en cas d’inaptitude.

NOM DE L’AGENT:

ADRESSE:

LIEN AVEC LA PERSONNE:

NOM DE L’AGENT DE REMPLACEMENT:

ADRESSE:

LIEN AVEC LA PERSONNE:

1. **MANDAT EN CAS D’INAPTITUDE AUX BIENS (OUI NON)**

Un mandat en cas d’inaptitude aux biens désigne un «Attorney» en qui vous avez confiance pour prendre les décisions financières vous concernant en cas d’inaptitude.

NOM DE L’«ATTORNEY»:

ADRESSE:

LIEN AVEC LA PERSONNE:

NOM DE L’«ATTORNEY» DE REMPLACEMENT :

ADRESSE:

LIEN AVEC LA PERSONNE: