



RELEVÉ DÉTAILLÉ DES FRAIS GÉNÉRAUX ET DU REVENU GAGNÉ EN CAS D'INVALIDITÉ PARTIELLE

Formulaire requis pour toute invalidité ayant engendré une absence du travail après le 1^{er} juin 2015.

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	<input type="text"/>	Revenu brut reçu	<input type="text"/>	\$
----------------------	----------------------	------------------	----------------------	----

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

Frais généraux	Montant
Salaire de vos employés	_____ \$
Services publics (téléphone, eau, électricité, internet)	_____ \$
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	_____ \$
Frais fixes liés à une automobile avec pourcentage de l'utilisation pour le travail (_____ %)	_____ \$
Autres dépenses fixes habituelles (précisez)	_____ \$
.....	_____ \$
TOTAL DES DÉPENSES :	_____ \$

Revenu brut	<input type="text"/>	\$
■ Total des dépenses	<input type="text"/>	\$
<hr/>		
Revenu net	<input type="text"/>	\$

Pour déterminer le revenu net aux fins du calcul de la prestation d'invalidité partielle, veuillez soustraire de votre revenu brut le total de vos dépenses.

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

Nom et prénom de la personne ayant rempli le formulaire (EN MAJUSCULES) _____

Signature de la personne ayant rempli le formulaire _____ Date _____

Signature de l'assuré : _____ Date : _____