

Étude Patrimoniale

Document de
Collecte d'Informations

Questionnaire rempli le :

A retourner à l'adresse suivante :

**Provence Patrimoine Conseil
141, avenue Marcel Castié
83000 Toulon**

Ou par mail

segoura@wanadoo.fr

● Vous

● Prénom : ● Nom : ● Nom de jeune fille :

● Date de naissance : ● Lieu de naissance :

● Situation familiale : Marié Célibataire Divorcé Veuf Union Libre PACS

● Profession :

● Coordonnées

● Dispositions

● Adresse : ● Régime matrimonial :

..... ● Date de mariage :

..... ● Donation entre époux : Oui Non

● Tél. perso : ● Avantages matrimoniaux (ou autres particularités) :

● Tél. mobile :

● E-mail :

Votre conjoint

● Prénom : ● Nom : ● Nom de jeune fille :

● Date de naissance : ● Lieu de naissance :

● Profession :

Vos proches

(enfants, petits-enfants, parents, etc.)

Nom - Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	A charge fiscalement ?

.....
.....
.....

Votre patrimoine

● Biens d'usage (résidence principale, résidence secondaire, meubles meublants, autres)

Désignation	Valeur (en €)	Détenteur <i>Forme de détention*</i>	Charges associées	Crédits en cours			
				Capital emprunté ou restant dû	Durée	Taux	ADI**

Commentaires :

● Immobilier de rapport (locatif, SCI, SCPI, etc.)

Désignation	Valeur (en €)	Détenteur <i>Forme de détention*</i>	Revenus et Fiscalité	Charges	Crédits en cours			
					Capital emprunté ou restant dû	Durée	Taux	ADI**

Commentaires :

● Biens professionnels (droits sociaux, fonds de commerce, etc.), placements fonciers (GFA, Forêts, etc.)

Désignation	Valeur (en €)	Détenteur <i>Forme de détention*</i>	Charges associées	Particularités <i>(crédits en cours, distributions des dividendes, pactes d'actionnaires, etc.)</i>

Commentaires :

● Assurances (contrats en euros, multisupports, assurances décès, contrats de prévoyance, Loi Madelin, Article 83, etc.)

Désignation	Valeur de rachat ou capital assuré	Date de souscription	Assuré	Bénéficiaires	Particularités <i>(taux de rendement, primes, etc.)</i>

Commentaires :

(*) Préciser M. / Mme / Communauté ou Indivision / Pleine propriété, Usufruit, Nue propriété.

(**) Préciser si l'assurance invalidité décès couvre 1 ou 2 têtes et à quelle hauteur.

Épargne et dépôt à moyen et long terme (PEL, PEP bancaire, PEE, etc.)

Désignation	Valeur (en €)	Détenteur Forme de détention*	Date d'ouverture	Épargne associée	Particularités (taux de rendement, primes, etc.)

Commentaires :

.....

Valeurs mobilières (OPCVM, portefeuille en direct, obligation, FCPI, etc.)

Désignation	Valeur (en €)	Détenteur Forme de détention*	Revenus distribués	Fiscalité ou revenu (PFL, IR, actions internationales, etc.)	Taux de revalorisation estimé

Commentaires :

.....

Disponibilités (comptes courants, comptes à terme, SICAV de trésorerie, CEL, livrets et CODEVI)

Désignation	Valeur (en €)	Détenteur Forme de détention*	Particularités (différés, etc.)

Commentaires :

.....

Vos passifs (dettes familiales, crédit consommation, etc.)

Désignation	Capital emprunté ou restant dû	Durée	Taux	ADI	Particularités

Les libéralités consenties

(précisez les caractéristiques des donations et testaments : date, bénéficiaires, biens concernés, etc.)

.....

.....

.....

.....

Revenus			Charges		
Désignation	Montant annuel (en €)	Fiscalité (salaire, BNC, BIC, etc.)	Désignation	Montant annuel (en €)	Particularités

Votre BNC de travailleur indépendant des trois ou quatre dernières années :

2008 : € 2007 : € 2006 : € 2005 : €

Capacité d'épargne mensuelle :

Particularités fiscales

(plus-values, déficits non encore imputés, revenus perçus à l'étranger, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

Retraite

Vos activités successives			Les activités de votre conjoint		
Période	Statut	Revenu brut	Période	Statut	Revenu brut
Du :			Du :		
Au :			Au :		
Du :			Du :		
Au :			Au :		
Du :			Du :		
Au :			Au :		
Du :			Du :		
Au :			Au :		



Informations complémentaires et contrats de prévoyance Décès, Incapacité et Invalidité

1/ Avez-vous des antécédents médicaux et chirurgicaux significatifs, en termes de risques d'arrêts futurs de travail ou d'effets négatifs sur votre longévité : **Oui – Non**

2/ Vos facteurs de risque (individuels et familiaux) de maladies graves :

- Etes-vous non fumeur depuis au moins 2 ans ? **Oui – Non**.

- Présentez-vous des risques (alcool, sédentarité, stress, désordres métaboliques latents, obésité, antécédents familiaux significatifs) : **Oui - Non**

3/ Pratiques à risque (sports, loisirs, montagne, etc.) :

4/ Quel est votre organisme de prévoyance en maladie/maternité :

Régime PAM (praticien et auxiliaire médical)

Régime CANAM – TNS (travailleur non salarié)

Régime étudiant

Régime général salarié

5/ Quel est l'organisme de votre conjoint ou concubin :

Régime PAM (praticien et auxiliaire médical)

Régime CANAM – TNS (travailleur non salarié)

Régime étudiant

Régime général salarié

6/ Y êtes-vous (chacun) à jour de vos dernières cotisations, et sans arriérés en contentieux ? :

Oui **Non**

7/ Votre régime de prévoyance professionnelle :

- êtes-vous affilié à la Carmf ? **Oui** **Non**

- Si oui depuis quelle date précise (très important) :

- si durée d'affiliation inférieure à 6 ans, avez-vous cotisé sans interruption à un autre régime obligatoire de prévoyance avant votre affiliation Carmf ? (en pratique, étiez-vous antérieurement salarié des hôpitaux juste avant votre affiliation Carmf, ou avez-vous subi un « trou » d'affiliation entre ces deux régimes ?) : **Oui** **Non**

8/ Etes-vous à jour de vos dernières cotisations Carmf (prévoyance et vieillesse), et sans arriérés en contentieux ou en cours de règlement amiable ? : **Oui** **Non**

9/ Quelle est le type de votre activité libérale précise :

médecin installé secteur I

médecin installé secteur II

médecin installé secteur III

médecin collaborateur libéral

médecin remplaçant (date d'obtention de votre thèse :)

étudiant non thésé remplaçant (date prévue de soutenance de thèse :)

10/ Si votre exercice présente des orientations particulières, indiquez-le et mentionnez le % de votre activité pour chaque orientation :

Statut juridico-fiscal :

exercice individuel BNC

exercice dans une société de fait (SDF) de confrères.

exercice dans une SCP de confrères.

exercice dans une SEL mono-praticien, vous.

exercice dans une SEL de confrères

autre (SEP, autres, etc.) :



11/ Bénéficiez-vous de systèmes d'entraide ? Oui Non:

Si « Oui »

- Tontine entre confrères (merci de joindre une photocopie de vos contrats)
- Clauses d'entraide d'un contrat d'association de confrères dans le cadre :
 - une société de fait (SDF)
 - une SCP de confrères
 - une SEL
- Autres systèmes non confraternels :

12/ Le nom de vos assurances existantes et leur portée exacte de couverture

(important pour les comparaisons financières : joindre les photocopies du bulletin d'adhésion et des dernières conditions particulières de vos contrats = avis de cotisation 2009)

a/ En prévoyance professionnelle complémentaire :

- montant d'IJ garanties (pertes de revenus) :
- montant annuel de rente d'invalidité :
- montant annuel de rente de conjoint :
- montant annuel de rente d'éducation :
- montant annuel de pertes d'exploitation :
- ces prestations sont-elles soumises à franchise(s) ? :
- ces prestations sont-elles à option Madelin ? :
- montant de votre capital décès :

b/ En complémentaire maladie (assureur privé ou mutualiste) :

niveau de garantie : minimal, moyen, maximal

13/ Assurance des accidents de la vie (GAV) : Oui Non

14/ Garanties individuelles des autres travailleurs du foyer : /

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vos objectifs

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....