

Recueil de renseignements

Tout pêle-mêle!

Bon nombre de gens « classent » ainsi leurs renseignements personnels et financiers. Cette situation peut s'avérer problématique en cas d'urgence ou si vous ou une personne de confiance avez besoin de ces renseignements.

Vous pouvez prendre les choses en main dès aujourd'hui et vous assurer que tous vos renseignements personnels, médicaux et financiers importants sont en sécurité et à jour, si vous devez y accéder.



Gardez confidentiels vos renseignements personnels

Vos renseignements personnels, médicaux et financiers ne concernent personne d'autre que vous et la personne à qui vous avez choisi de les communiquer. C'est pourquoi nous avons divisé le présent recueil en deux parties :

1^{re} partie :

Renseignements personnels en cas d'urgence

- À mettre à jour annuellement.
- À ne remettre qu'à des amis ou des membres de la famille en qui vous avez confiance.
- À remettre à votre avocat.
- Toutes les personnes à contacter en cas d'urgence doivent être informées que leurs coordonnées se retrouvent dans ce recueil et qu'elles pourraient être communiquées en cas d'urgence.

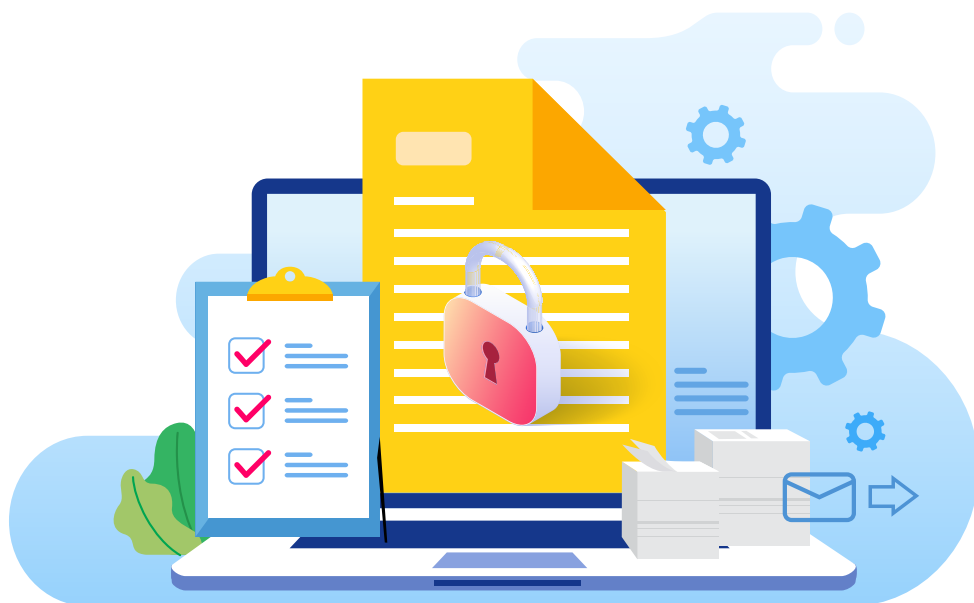
2^e partie :

Renseignements financiers

- À mettre à jour annuellement.
- Il faut informer un ami ou un membre de la famille digne de confiance où les puiser en cas de besoins.
- À remettre à votre avocat.
- Il faut garder à l'esprit qu'une fois ces renseignements communiqués à une autre personne, cette dernière aura toujours en sa possession ces renseignements personnels et identifiables vous concernant.

Le présent recueil est très détaillé et certaines parties peuvent ne pas s'appliquer à vous. Il suffit alors d'inscrire l'information pertinente et de laisser en blanc les parties qui ne s'appliquent pas.

Veillez noter que le présent document a été préparé uniquement à titre informatif et ne devrait pas être interprété comme étant des conseils juridiques ou fiscaux. Pour un avis adapté à votre propre situation, veuillez consulter des spécialistes de ces domaines.



Remplie/mise à jour le :

1^{re} partie : Renseignements personnels en cas d'urgence

Vous	Conjoint ou autre
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
Nom légal complet	Nom légal complet
Téléphone cellulaire	Téléphone cellulaire
Téléphone au travail	Téléphone au travail
Téléphone à la résidence	Téléphone à la résidence
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Personnes à contacter en cas d'urgence Nom : Téléphone : Courriel :	Personnes à contacter en cas d'urgence Nom : Téléphone : Courriel :
Nom de l'employeur (y compris travailleur indépendant)	Nom de l'employeur (y compris travailleur indépendant)
Téléphone de l'employeur	Téléphone de l'employeur
Nom du superviseur	Nom du superviseur
Personnes à contacter au travail en cas d'urgence	Personnes à contacter au travail en cas d'urgence
Endroit où se trouvent les dernières volontés et le testament (copie papier)	Endroit où se trouvent les dernières volontés et le testament (copie papier)
Endroit où se trouve le testament biologique	Endroit où se trouve le testament biologique
Endroit où se trouvent les procurations : Soins de santé : Affaires financières :	Endroit où se trouvent les procurations : Soins de santé : Affaires financières :
Services funéraires prépayés Nom du salon funéraire : Téléphone : Endroit où se trouve le contrat de prépaiement : Détails du paiement :	Services funéraires prépayés Nom du salon funéraire : Téléphone : Endroit où se trouve le contrat de prépaiement : Détails du paiement :

ENDROIT OÙ SE TROUVENT D'AUTRES DOCUMENTS IMPORTANTS

Documents de citoyenneté	Documents de citoyenneté
Passeport	Passeport
Accord préuptial	Accord préuptial
Contrat de mariage	Contrat de mariage
Documents de divorce	Documents de divorce
Documents relatifs à la garde	Documents relatifs à la garde
Autres documents	Autres documents

SYSTÈME D'ALARME RÉSIDENTIEL

Nom du fournisseur du système d'alarme résidentiel	
Nom figurant sur le compte du fournisseur du système d'alarme	
Code de sécurité du système d'alarme résidentiel	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro de la carte santé provinciale	Numéro de la carte santé provinciale
Régime d'assurance-maladie au travail :	Régime d'assurance-maladie au travail :
Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :
Numéro du régime :	Numéro du régime :
Personne à contacter en cas d'urgence :	Personne à contacter en cas d'urgence :
Régime d'assurance-maladie personnel :	Régime d'assurance-maladie personnel :
Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :
Numéro du régime :	Numéro du régime :
Personne à contacter en cas d'urgence :	Personne à contacter en cas d'urgence :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)	
Nom du médecin de premier recours	Nom du médecin de premier recours
Numéro de téléphone du médecin de premier recours	Numéro de téléphone du médecin de premier recours
Groupe sanguin	Groupe sanguin
Allergies (aliments/médicaments/autres)	Allergies (aliments/médicaments/autres)
Médicaments (indiquer le nom, la posologie, la fréquence)	Médicaments (indiquer le nom, la posologie, la fréquence)
Nom du dentiste	Nom du dentiste
Numéro de téléphone du dentiste	Numéro de téléphone du dentiste

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX SUR LES ENFANTS	
Veuillez fournir les renseignements personnels et médicaux sur chacun des enfants.	
Enfant 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX	Enfant 2 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX
Nom et prénom de l'enfant	Nom et prénom de l'enfant
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
École fréquentée par l'enfant	École fréquentée par l'enfant
Adresse de l'école	Adresse de l'école
Numéro de téléphone	Numéro de téléphone
Années durant lesquelles l'enfant devrait fréquenter son école actuelle (p. ex. 2020 à 2026)	Années durant lesquelles l'enfant devrait fréquenter son école actuelle (p. ex. 2020 à 2026)
Nom du prestataire de service de garde après l'école	Nom du prestataire de service de garde après l'école
Numéro de téléphone du prestataire de service de garde après l'école	Numéro de téléphone du prestataire de service de garde après l'école
Numéro de la carte santé provinciale	Numéro de la carte santé provinciale
Régime d'assurance-maladie des parents au travail Compagnie d'assurance :	Régime d'assurance-maladie des parents au travail Compagnie d'assurance :
Numéro du régime :	Numéro du régime :
Personne à contacter en cas d'urgence :	Personne à contacter en cas d'urgence :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX SUR LES ENFANTS (suite)

Veuillez fournir les renseignements personnels et médicaux sur chacun des enfants.

Enfant 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX	Enfant 2 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX
Régime d'assurance-maladie personnel des enfants	Régime d'assurance-maladie personnel des enfants
Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :
Numéro du régime :	Numéro du régime :
Personne à contacter en cas d'urgence :	Personne à contacter en cas d'urgence :
Nom du médecin de premier recours	Nom du médecin de premier recours
Numéro de téléphone du médecin de premier recours	Numéro de téléphone du médecin de premier recours
Groupe sanguin	Groupe sanguin
Allergies (aliments/médicaments/autres)	Allergies (aliments/médicaments/autres)
Médicaments (indiquer le nom, la posologie, la fréquence)	Médicaments (indiquer le nom, la posologie, la fréquence)
Nom du dentiste	Nom du dentiste
Numéro de téléphone du dentiste	Numéro de téléphone du dentiste
Enfant 3 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX	Enfant 4 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX
Nom et prénom de l'enfant	Nom et prénom de l'enfant
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
École fréquentée par l'enfant	École fréquentée par l'enfant
Adresse de l'école	Adresse de l'école
Numéro de téléphone	Numéro de téléphone
Années durant lesquelles l'enfant devrait fréquenter son école actuelle (p. ex. 2020 à 2026)	Années durant lesquelles l'enfant devrait fréquenter son école actuelle (p. ex. 2020 à 2026)
Nom du prestataire de service de garde après l'école	Nom du prestataire de service de garde après l'école
Numéro de téléphone du prestataire de service de garde après l'école	Numéro de téléphone du prestataire de service de garde après l'école
Numéro de la carte santé provinciale	Numéro de la carte santé provinciale

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX SUR LES ENFANTS (suite)

Veuillez fournir les renseignements personnels et médicaux sur chacun des enfants.

Enfant 3 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX	Enfant 4 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX
Régime d'assurance-maladie des parents au travail Compagnie d'assurance : Numéro du régime : Personne à contacter en cas d'urgence :	Régime d'assurance-maladie des parents au travail Compagnie d'assurance : Numéro du régime : Personne à contacter en cas d'urgence :
Régime d'assurance-maladie personnel des enfants Compagnie d'assurance : Numéro du régime : Personne à contacter en cas d'urgence :	Régime d'assurance-maladie personnel des enfants Compagnie d'assurance : Numéro du régime : Personne à contacter en cas d'urgence :
Nom du médecin de premier recours	Nom du médecin de premier recours
Numéro de téléphone du médecin de premier recours	Numéro de téléphone du médecin de premier recours
Groupe sanguin	Groupe sanguin
Allergies (aliments/médicaments/autres)	Allergies (aliments/médicaments/autres)
Médicaments (indiquer le nom, la posologie, la fréquence)	Médicaments (indiquer le nom, la posologie, la fréquence)
Nom du dentiste	Nom du dentiste
Numéro de téléphone du dentiste	Numéro de téléphone du dentiste

ANIMAUX DOMESTIQUES

Veillez remplir pour chacun des animaux séparément

ANIMAL 1	ANIMAL 2
Type d'animal	Type d'animal
Nom de l'animal	Nom de l'animal
Nom du vétérinaire	Nom du vétérinaire
Numéro de téléphone	Numéro de téléphone
État de santé de l'animal	État de santé de l'animal
Médicaments de l'animal, y compris le type et la posologie	Médicaments de l'animal, y compris le type et la posologie
Directives particulières concernant la manipulation de l'animal	Directives particulières concernant la manipulation de l'animal
ANIMAL 3	ANIMAL 4
Type d'animal	Type d'animal
Nom de l'animal	Nom de l'animal
Nom du vétérinaire	Nom du vétérinaire
Numéro de téléphone	Numéro de téléphone
État de santé de l'animal	État de santé de l'animal
Médicaments de l'animal, y compris le type et la posologie	Médicaments de l'animal, y compris le type et la posologie
Directives particulières concernant la manipulation de l'animal	Directives particulières concernant la manipulation de l'animal

2^e partie : Renseignements financiers

Les renseignements financiers doivent être conservés en un lieu sûr et ne doivent être communiqués qu'à des personnes dignes de confiance. En cas de perte ou de vol, ces renseignements pourraient être utilisés pour commettre un vol d'identité ou un crime financier. Si vous choisissez d'inclure votre nom d'utilisateur et votre mot de passe dans ce document, n'oubliez pas de les mettre à jour chaque fois que vous les modifiez.

Remplie/mise à jour le :

Vous	Conjoint ou autre
RENSEIGNEMENTS BANCAIRES	
Veuillez fournir les renseignements propres à chaque institution financière	
Institution financière 1	Institution financière 1
Nom de la banque	Nom de la banque
Type et numéro de compte	Type et numéro de compte
Numéro de succursale	Numéro de succursale
Numéro de téléphone de la succursale	Numéro de téléphone de la succursale
Numéro de la carte d'accès	Numéro de la carte d'accès
Mot de passe	Mot de passe
Nom d'utilisateur et mot de passe des services bancaires en ligne	Nom d'utilisateur et mot de passe des services bancaires en ligne
Type d'activités avec cette banque, c'est-à-dire prêts, hypothèques, marges de crédit, cartes de crédit, coffres-forts, etc.	Type d'activités avec cette banque, c'est-à-dire prêts, hypothèques, marges de crédit, cartes de crédit, coffres-forts, etc.
Institution financière 2	Institution financière 2
Nom de la banque	Nom de la banque
Type et numéro de compte	Type et numéro de compte
Numéro de succursale	Numéro de succursale
Numéro de téléphone de la succursale	Numéro de téléphone de la succursale
Numéro de la carte d'accès	Numéro de la carte d'accès
Mot de passe	Mot de passe
Nom d'utilisateur et mot de passe des services bancaires en ligne	Nom d'utilisateur et mot de passe des services bancaires en ligne
Type d'activités avec cette banque, c'est-à-dire prêts, hypothèques, marges de crédit, cartes de crédit, coffres-forts, etc.	Type d'activités avec cette banque, c'est-à-dire prêts, hypothèques, marges de crédit, cartes de crédit, coffres-forts, etc.

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES (suite)

Veuillez fournir les renseignements propres à chaque institution financière

Institution financière 3	Institution financière 3
Nom de la banque	Nom de la banque
Type et numéro de compte	Type et numéro de compte
Numéro de succursale	Numéro de succursale
Numéro de téléphone de la succursale	Numéro de téléphone de la succursale
Numéro de la carte d'accès	Numéro de la carte d'accès
Mot de passe	Mot de passe
Nom d'utilisateur et mot de passe des services bancaires en ligne	Nom d'utilisateur et mot de passe des services bancaires en ligne
Type d'activités avec cette banque, c'est-à-dire prêts, hypothèques, marges de crédit, cartes de crédit, coffres-forts, etc.	Type d'activités avec cette banque, c'est-à-dire prêts, hypothèques, marges de crédit, cartes de crédit, coffres-forts, etc.
Institution financière 4	Institution financière 4
Nom de la banque	Nom de la banque
Type et numéro de compte	Type et numéro de compte
Numéro de succursale	Numéro de succursale
Numéro de téléphone de la succursale	Numéro de téléphone de la succursale
Numéro de la carte d'accès	Numéro de la carte d'accès
Mot de passe	Mot de passe
Nom d'utilisateur et mot de passe des services bancaires en ligne	Nom d'utilisateur et mot de passe des services bancaires en ligne
Type d'activités avec cette banque, c'est-à-dire prêts, hypothèques, marges de crédit, cartes de crédit, coffres-forts, etc.	Type d'activités avec cette banque, c'est-à-dire prêts, hypothèques, marges de crédit, cartes de crédit, coffres-forts, etc.

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Veuillez fournir les renseignements sur chacune des polices détenues.

Police 1	Police 2
Type d'assurance	Type d'assurance
Nom de la ou des personnes assurées	Nom de la ou des personnes assurées
Endroit où est conservé le contrat d'assurance	Endroit où est conservé le contrat d'assurance
Compagnie d'assurance	Compagnie d'assurance

ASSURANCE INDIVIDUELLE (suite)

Veuillez fournir les renseignements sur chacune des polices détenues.

Police 1	Police 2
Nom du conseiller	Nom du conseiller
Numéro de téléphone du conseiller	Numéro de téléphone du conseiller
Courriel du conseiller	Courriel du conseiller
Nom et numéro de téléphone du ou des bénéficiaires	Nom et numéro de téléphone du ou des bénéficiaires
Capital assuré	Capital assuré
Date de résiliation de la police (le cas échéant)	Date de résiliation de la police (le cas échéant)
Police 3	Police 4
Type d'assurance	Type d'assurance
Nom de la ou des personnes assurées	Nom de la ou des personnes assurées
Endroit où est conservé le contrat d'assurance	Endroit où est conservé le contrat d'assurance
Compagnie d'assurance	Compagnie d'assurance
Nom du conseiller	Nom du conseiller
Numéro de téléphone du conseiller	Numéro de téléphone du conseiller
Courriel du conseiller	Courriel du conseiller
Nom et numéro de téléphone du ou des bénéficiaires	Nom et numéro de téléphone du ou des bénéficiaires
Capital assuré	Capital assuré
Date de résiliation de la police (le cas échéant)	Date de résiliation de la police (le cas échéant)

ASSURANCE COLLECTIVE

Veillez fournir les renseignements sur chacune des polices que vous détenez.

Police 1	Police 2
Nom de la personne assurée	Nom de la personne assurée
Type d'assurance (p. ex. assurance maladie, invalidité, vie)	Type d'assurance (p. ex. assurance maladie, invalidité, vie)
Compagnie d'assurance	Compagnie d'assurance
Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance	Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance
Numéro de téléphone du Service des ressources humaines de l'employeur	Numéro de téléphone du Service des ressources humaines de l'employeur
Numéro de police	Numéro de police
Numéro de certificat	Numéro de certificat
Montant de la couverture	Montant de la couverture
Bénéficiaire	Bénéficiaire
Endroit où est conservée la police	Endroit où est conservée la police
Police 3	Police 4
Nom de la personne assurée	Nom de la personne assurée
Type d'assurance (p. ex. assurance maladie, invalidité, vie)	Type d'assurance (p. ex. assurance maladie, invalidité, vie)
Compagnie d'assurance	Compagnie d'assurance
Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance	Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance
Numéro de téléphone du Service des ressources humaines de l'employeur	Numéro de téléphone du Service des ressources humaines de l'employeur
Numéro de police	Numéro de police
Numéro de certificat	Numéro de certificat
Montant de la couverture	Montant de la couverture
Bénéficiaire	Bénéficiaire
Endroit où est conservée la police	Endroit où est conservée la police

ASSURANCE DE BIENS

Veillez fournir les renseignements sur chacune des propriétés assurées.

Police 1	Police 2
Adresse de la propriété assurée	Adresse de la propriété assurée
Type d'assurance (p. ex. maison, bateau, automobile, etc.)	Type d'assurance (p. ex. maison, bateau, automobile, etc.)
Nom de la compagnie d'assurance	Nom de la compagnie d'assurance
Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance	Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance
Numéro de police	Numéro de police
Nom du titulaire de police	Nom du titulaire de police
Endroit où est conservée la police	Endroit où est conservée la police
Police 3	Police 4
Adresse de la propriété assurée	Adresse de la propriété assurée
Type d'assurance (p. ex. maison, bateau, automobile, etc.)	Type d'assurance (p. ex. maison, bateau, automobile, etc.)
Nom de la compagnie d'assurance	Nom de la compagnie d'assurance
Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance	Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance
Numéro de police	Numéro de police
Nom du titulaire de police	Nom du titulaire de police
Endroit où est conservée la police	Endroit où est conservée la police

REMARQUES ADDITIONNELLES