

Demande de cas de marketing avancé/d'illustration d'un concept

Remplissez ce formulaire, enregistrez-le dans un dossier local et transférez-le, en pièce jointe, à :

- un directeur de comptes, si vous êtes un conseiller, afin d'optimiser le triage; ou
- un membre de l'équipe Planification fiscale et successorale et planification de la retraite si vous êtes g` _ W_ TdWWW'équipe des ventes des Marchés individuels

Nom du conseiller	Adresse de courriel
Numéro de téléphone	Nom du conseiller autonome, de l'AGA ou du compte national

Renseignements sur le(s) client(s)			
Nom du client 1	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Âge	<input type="radio"/> Fumeur <input type="radio"/> Non-fumeur
Tarification	Province	Taux d'imposition	
Nom du client 2	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Âge	<input type="radio"/> Fumeur <input type="radio"/> Non-fumeur
Tarification	Province	Taux d'imposition	

Information sur la protection			
Type de protection _____			
Type de régime : <input type="radio"/> individuel <input type="radio"/> conjoint payable au premier décès <input type="radio"/> conjoint payable au dernier décès			
Société _____ Produit _____ <input type="radio"/> individuel <input type="radio"/> conjoint			
Client 1			
CDA _____	Montant _____	Durée _____	Avenants _____
CDA _____	Montant _____	Durée _____	Avenants _____
CDA _____	Montant _____	Durée _____	Avenants _____
Client 2			
CDA _____	Montant _____	Durée _____	Avenants _____
CDA _____	Montant _____	Durée _____	Avenants _____
CDA _____	Montant _____	Durée _____	Avenants _____
Objectif : (Veuillez fournir une brève description de l'objectif de la protection.)			
Approche de la protection : <input type="radio"/> Montant d'assurance <input type="radio"/> Protection totale <input type="radio"/> Protection de base <input type="radio"/> Prime			
Dépôt régulier	Durée	Dépôt additionnel	Durée

Option de participation

Option de participation _____ Dépôt dans un compte auxiliaire _____

Taux du compte auxiliaire _____ % Achat de bonifications d'assurance libérée _____

Acompte _____ Paiement limité _____ Années _____

Assurance maladies graves

Client 1 Client 2

CDA _____ RP au décès RP à l'échéance

Garanties _____ Avenants _____

Stratégie ou concept(s)

Autre taux de rendement des placements _____ %

Notes additionnelles

Justification

Revenu _____ Valeur nette _____

Autre protection en vigueur _____ Valeur d'affaires _____

Note : Nous pourrions avoir besoin de renseignements supplémentaires lorsque nous produirons les illustrations et les concepts. Veuillez produire un exemple d'illustration et de concept afin d'avoir une idée des renseignements supplémentaires requis. Vous pouvez également nous envoyer un fichier PDF de ce que vous avez fait et utiliser ce formulaire pour nous donner des directives sur la façon dont nous pourrions vous aider.

