

MARC JOLIN, FISCALISTE INC.

Tél. : (819) 842-2481
Courriel : mj@marcjolin.com
Site Internet : www.marcjolin.com

TESTAMENT AMÉRICAIN (US Will) Living Will – Power or Attorney

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Personne ressource : Courriel :
N° téléphone : (bur.) (rés./cell.) N° télécopieur:

TESTATEUR / MANDANT

Prénom(s) : Nom :
Désignation : Occupation :
Date et lieu de naissance : NAS :
Adresse complète (Canada) :
.....

VALEUR MARCHANDE DES BIENS SITUÉS AUX ÉTATS-UNIS

1. Dépôts bancaires, comptes de banque :	\$
2. Produit de polices d'assurance-vie souscrites auprès de compagnies américaines :	\$
3. Bons du trésor, obligations gouvernementales :	\$
TOTAL :	\$
4. Actions de sociétés américaines :	\$
5. Maison, condo, etc. :	\$
6. Meubles meublants et effets personnels :	\$
7. Automobiles, bateaux, etc. :	\$
8. Autres placements :	\$
9. Autres biens :	\$
TOTAL :	\$

ÉTAT CIVIL DU TESTATEUR

Marié(e) Célibataire Veuf / Veuve
 Séparé(e) Divorcé(e) Conjoint de fait Autre :

Si marié(e) ou conjoint de fait, identification du conjoint légal ou de fait :

Prénom(s) et nom: Date de naissance:

Contrat de mariage : OUI (faites-le parvenir) NON
Nom du régime : Société d'acquêts Communauté de biens Séparation de biens
 Autre régime :

Si aucun contrat de mariage :

Date et lieu du mariage :
Premier domicile matrimonial des époux suite au mariage :
(province/état/pays)

LEGS PARTICULIERS

Pour chaque legs, indiquer le nom du(des) légataire(s) et les biens légués. En cas de prédécès du(des) légataire(s), indiquez à qui les biens seront remis

NOTE : Si non précisé, les biens seront remis au(x) légataire(s) universel(s)

Ex. : À mon fils Luc Fouquest, mon fusil de chasse; à ma fille Julie, mon chalet d'été

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

LEGS UNIVERSELS

Indiquez le Nom du(des) légataire(s) universel(s), leur âge et lien de parenté, si applicable :

Nom Âge Lien de parenté

Nom Âge Lien de parenté

Nom Âge Lien de parenté

Représentation en faveur de leurs enfants ? Avec Sans

Si prédécès du(des) légataire(s) universel(s), les biens sont remis à :

.....
.....

EXÉCUTEUR(S) TESTAMENTAIRE(S)

Nombre d'exécuteur testamentaire devant agir en même temps : 1 2 3

NOTE : Préférable : 1 seul exécuteur testamentaire

1. Prénom(s) : Nom :
Lien de parenté : Occupation :
Adresse complète:

2. Prénom(s) : Nom :
Lien de parenté : Occupation :
Adresse complète:

3. Prénom(s) : Nom :
Lien de parenté : Occupation :
Adresse complète:

NOTE : L'exécuteur testamentaire et les remplaçants **doivent** être le conjoint légal, un enfant ou un résident de l'État dans lequel les biens sont situés

REPLAÇANT(S) (ensemble ou dans l'ordre)

NOTE : Préférable : 2 remplaçants

1. Prénom(s) : Nom :
Lien de parenté : Occupation :
Adresse complète:

REPLAÇANT(S) (ensemble ou dans l'ordre) (suite)

2. Prénom(s) : Nom :
Lien de parenté : Occupation :
Adresse complète:

3. Prénom(s) : Nom :
Lien de parenté : Occupation :
Adresse complète:

Un ou plusieurs des légataires risquent-ils d'avoir moins de 21 ans au moment du décès du testateur ? OUI NON

Si le mot « enfant » est utilisé, comprend-il les enfants du conjoint (si votre conjoint a des enfants qui ne sont pas les vôtres) ?
 OUI NON

État où les biens sont situés :

Comté (*County*) où les biens sont situés :

Date (mois) prévue pour la signature du testament :

Lieu (ville) prévu pour la signature du testament :

TÉMOINS (si l'information est connue) – 2 témoins sont requis

1. Prénom(s) : Nom :
Lien de parenté : Occupation :
Adresse complète:

2. Prénom(s) : Nom :
Lien de parenté : Occupation :
Adresse complète:

NOTARY PUBLIC

Nom du « *notary public* » (si connu) :

DESIGNATION OF HEALTH CARE SURROGATE / LIVING WILL

Mandataire à la personne (soins de santé)

1. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

Substituts du Mandataire à la personne

1. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

2. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

Substituts du Mandataire à la personne (suite)

Veillez nous indiquer le nom de 2 personnes à qui est dénoncé le(s) Mandataire(s) aux biens.

.....
.....

Témoins du Mandat à la personne

1. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

2. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

SPRINGING DURABLE POWER OF ATTORNEY – Procuration

Mandataire aux biens – Applicable seulement aux biens situés dans un État donné (i.e. : Floride)

1. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

Substitut(s) du Mandataire aux biens

1. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

2. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

Témoins du Mandat aux biens identiques au Mandat à la personne

1. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète:

2. Prénom(s) : Nom :
Téléphone : Occupation :
Adresse complète: