

Formulaire de signature autorisé



Nom du courtier : _____ Numéro du courtier : _____

Nouveau Amendement

Veuillez compléter toutes les sections de cette demande (s'il y a plus de deux signataires autorisés, veuillez remplir un autre formulaire) :

Procuration Exécuteur Autre _____

Signataire autorisé 1

Statut civil : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Autre _____					DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA)	
PRÉNOM			NOM		ADRESSE COURRIEL	
ADRESSE					TÉLÉPHONE : <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> CELLULAIRE <input type="checkbox"/> TRAVAIL	
VILLE	PROVINCE	PAYS	CODE POSTAL	PAYS ET PROVINCE/ ÉTAT DE RÉSIDENCE AU FUNS DE L'IMPOT	TÉLÉPHONE : <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> CELLULAIRE <input type="checkbox"/> TRAVAIL	
PROFESSION (se montrer précis, p.ex.technicien médical)			NOM DE L'EMPLOYEUR		ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	
PIÈCE D'IDENTITÉ			NUMÉRO D'IDENTIFICATION		JURIDICTION D'ÉMISSION ET PAYS	DATE D'EXPIRATION (JJ/MM/AA)

Signataire autorisé 2

Statut civil : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Autre _____					DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA)	
PRÉNOM			NOM		ADRESSE COURRIEL	
ADRESSE					TÉLÉPHONE : <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> CELLULAIRE <input type="checkbox"/> TRAVAIL	
VILLE	PROVINCE	PAYS	CODE POSTAL	PAYS ET PROVINCE/ ÉTAT DE RÉSIDENCE AU FUNS DE L'IMPOT	TÉLÉPHONE : <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> CELLULAIRE <input type="checkbox"/> TRAVAIL	
PROFESSION (se montrer précis, p.ex.technicien médical)			NOM DE L'EMPLOYEUR		ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	
PIÈCE D'IDENTITÉ			NUMÉRO D'IDENTIFICATION		JURIDICTION D'ÉMISSION ET PAYS	DATE D'EXPIRATION (JJ/MM/AA)

Déclaration des personnes politiquement exposées et des chefs d'organisations internationales

(Vous devez cocher oui ou non)

Êtes-vous une personne politiquement exposée (PPE), un chef d'une organisation internationale (COI), ou un membre de la famille ou un proche associé à un PPE ou COI?

Signataire autorisé 1
 Oui* Non

Un PPE est une personne qui détient ou a occupé un poste ou un poste de responsabilité dans le gouvernement d'un État étranger ou d'un gouvernement fédéral, provincial ou municipal du Canada; ou des postes prescrits dans l'armée ou dans la magistrature; est un dirigeant, un chef ou un président d'une organisation internationale (COI), établie par les gouvernements de plusieurs nations ou états; ou un membre de la famille spécifique du PPE ou COI. Veuillez-vous référer à la section intitulée «Définitions» dans les Conditions générales pour plus de précisions sur les définitions de PPE, COI, les membres de la famille et les proches collaborateurs.

Signataire autorisé 2
 Oui* Non

*Dans l'affirmative, vous devez remplir une Déclaration relative aux personnes politiquement vulnérables, accessible à compagniehometrust.ca.

Signer ci-dessous – Attestation et autorisation

En apposant ma signature ci-dessous, j'autorise la Compagnie Home Trust à recueillir les renseignements personnels figurant dans le présent document. Je lui permets également d'utiliser, de conserver et de divulguer les renseignements personnels nécessaires, relativement à l'ouverture et à la tenue d'un compte en mon nom, pour se conformer aux obligations légales et réglementaires, pour commercialiser d'autres produits et services ainsi qu'à des fins de statistique, de vérification ou de sécurité, de la manière décrite dans son Code de confidentialité de la vie privée. Pour recevoir un exemplaire de ce Code, consulter le site Web de la Compagnie Home Trust à compagniehometrust.ca ou composer le 1-855-270-3629.

Je confirme que les renseignements fournis sont véridiques et exacts et que ce placement est effectué dans le but d'épargner. J'accepte d'aviser la Compagnie Home Trust de tout changement à mes renseignements personnels figurant dans le présent document.

SIGNATURE DU TITULAIRE 1 X	DATE (JJ/MM/AA)	SIGNATURE DU TITULAIRE 2 X	DATE (JJ/MM/AA)
-------------------------------	-----------------	-------------------------------	-----------------

Déclaration du courtier

J'atteste que j'ai personnellement rencontré le ou les titulaire(s) du compte indiqué ci-dessus, que j'ai vérifié les pièces d'identité originales et en cours de validité énumérées ci-dessus et que j'ai été témoin de la signature du présent document.

NOM DU REPRÉSENTANT	SIGNATURE DU REPRÉSENTANT	CODE DU REPRÉSENTANT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DE VÉRIFICATION (JJ/MM/AA)
---------------------	---------------------------	----------------------	---------------------	---------------------------------