

Formulaire de signature autorisé



Mail dans

Nouveau Amendement

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

Procuration Exécuteur Fiduciaire Autre _____

Signataire autorisé 1

Langue de communication Français Anglais

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 (MM/JJ/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
SITUATION D'EMPLOI			TITRE D'EMPLOI		
CATÉGORIE DE LA PROFESSION			PROFESSION		

Signataire autorisé 2

Langue de communication Français Anglais

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 (MM/JJ/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
SITUATION D'EMPLOI			TITRE D'EMPLOI		
CATÉGORIE DE LA PROFESSION			PROFESSION		

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 compagniehometrusterust.ca.

Signer ci-dessous – Attestation et autorisation

Afin de confirmer mon/notre identité, j'autorise/nous autorisons Financière Oaken à utiliser mes/nos renseignements personnels fournis ci-dessus pour obtenir un dossier de crédit de consommateur auprès d'une agence d'évaluation du crédit aux fins de placement afin de vérifier mon/ notre compte de dépôt auprès d'une institution financière canadienne.

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 compagniehometrusterust.ca ou composer le 1-877-903-2133.

Je confirme que les renseignements fournis sont véridiques et exacts et que le placement est effectué aux fins d'épargne. J'accepte/nous acceptons de communiquer à Financière Oaken tout changement concernant les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire.

SIGNATAIRE AUTORISÉ 1 X	DATE (MM/JJ/AA)
SIGNATAIRE AUTORISÉ 2 X	DATE (MM/JJ/AA)