

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR / TITULAIRE DU COMPTE
 Me M. Mme Compagnie Compagnie de gestion Société en nom collectif Fiducie Succession

Langue : Français Anglais

 N° de compte

 Prénom

 N° d'assurance sociale / NE Canada

 NE Québec

 Nom / Nom d'entreprise

 Date de naissance (AAAA MM JJ)

 Adresse courriel

 N° civique

 Nom de rue

 App.

 Ville

 Province

 Code postal

 Code rég. N° de téléphone (domicile)

 Code rég. N° de téléphone (bureau) Poste

 Code rég. N° de télécopieur

 Code rég. Autre n° de téléphone

 Adresse de correspondance si différente de l'adresse de résidence (au Canada seulement)

 De (AAAA MM JJ)

 À (AAAA MM JJ)

 N° civique

 Nom de rue

 App.

 Ville

 Province

 Code postal

 Membre du Barreau Juge Employé du Barreau Employé d'un cabinet d'avocats Époux ou conjoint de fait Enfant Autre : _____

 Êtes-vous retraité ? Oui Non

 Êtes-vous un citoyen des États-Unis ou un étranger résident aux fins de l'impôt des États-Unis ? Oui Non

 Type d'identifiant

 Numéro

 Occupation

Renseignements familiaux

 Nombre de personne à charge :

 Avez-vous un conjoint ? Oui Non
 (Si oui, remplir les informations ci-dessous)

 Nom de l'employeur

 Prénom du conjoint

 Secteur d'activité

 Nom du conjoint

 N° civique

 Nom de rue

 Occupation du conjoint

 Ville

 Province

 Code postal

Connaissance des placements

-
- Aucune
-
-
- Modérée
-
-
- Bonne
-
-
- Excellente

Revenu annuel brut incluant conjoint

-
- Moins de 20 000 \$
-
- 50 000 \$ à 100 000 \$
-
-
- 20 000 \$ à 49 999 \$
-
- Plus de 100 000 \$

Valeur nette approximative incluant conjoint

-
- Moins de 25 000 \$
-
- 100 000 \$ à 250 000 \$
-
-
- 25 000 \$ à 49 999 \$
-
- Plus de 250 000 \$
-
-
- 50 000 \$ à 99 999 \$

2. IDENTIFICATION DU CLIENT
Pièce d'identité

-
- Permis de conduire
-
- Carte d'assurance maladie
-
-
- Passeport
-
- Autre : _____

 N° de référence de la pièce d'identité

 Provenance (pays/province)

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTRE TITULAIRE DU COMPTE

- Compte conjoint («ou») Compte conjoint («et») En fidéicommiss (pour enfant) Même adresse que demandeur / titulaire du compte (si l'adresse est différente, remplir la section ci-dessous)

Lien avec le demandeur

Prénom

N° d'assurance sociale

Nom

Date de naissance (AAAA MM JJ)

Adresse courriel

N° civique

Nom de rue

App.

Ville

Province

Code postal

Code rég. N° de téléphone (domicile)

Code rég. N° de téléphone (bureau)

Poste

Code rég. N° de télécopieur

Code rég. Autre n° de téléphone

Êtes-vous retraité ?

- Oui Non

Êtes-vous un citoyen des États-Unis ou un étranger résident aux fins de l'impôt des États-Unis ?

- Oui Non

Type d'identifiant

Numéro

Occupation

Renseignements familiaux

Nombre de personne à charge :

Nom de l'employeur

Avez-vous un conjoint ? Oui Non
(Si oui, remplir les informations ci-dessous)

Secteur d'activité

Prénom du conjoint

N° civique

Nom de rue

Nom du conjoint

Ville

Province

Code postal

Occupation du conjoint

Connaissance des placements

- Aucune
 Modérée
 Bonne
 Excellente

Revenu annuel brut incluant conjoint

- Moins de 20 000 \$ 50 000 \$ à 100 000 \$
 20 000 \$ à 49 999 \$ Plus de 100 000 \$

Valeur nette approximative incluant conjoint

- Moins de 25 000 \$ 100 000 \$ à 250 000 \$
 25 000 \$ à 49 999 \$ Plus de 250 000 \$
 50 000 \$ à 99 999 \$

4. IDENTIFICATION DE L'AUTRE TITULAIRE DU COMPTE

Pièce d'identité

- Permis de conduire Carte d'assurance maladie
 Passeport Autre : _____

N° de référence de la pièce d'identité

Provenance (pays/province)

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE

Objectifs de placement

- Revenu
 Équilibré
 Croissance

Durée des placements

- 1 à 2 ans (incl.)
 3 à 4 ans (incl.)
 5 à 9 ans (incl.)
 10 ans et plus

Tolérance au risque

- Faible
 Moyenne
 Élevée

Utilisation prévue

- Étude Rénovations
 Voyage Véhicule
 Immobilier Épargne temporaire
 Épargne retraite Autre, préciser : _____
 Épargne long terme

Effet de levier

- Oui Non

6. INFORMATIONS BANCAIRES (joindre un spécimen)

Pour les achats, rachats, distributions, investissements systématiques et retraits systématiques, j'autorise la Corporation de services du Barreau du Québec « CSBQ » ou Trust Banque Nationale à débiter et/ou créditer mon compte tel qu'indiqué ci-dessous :

Nom de l'institution N° de l'institution Transit N° de compte bancaire

Adresse de la succursale

7. INVESTISSEMENTS SYSTÉMATIQUES / RETRAITS SYSTÉMATIQUES ⁽¹⁾

	Nouveau	Annulation	Modification	Investissements systématiques	Retrait systématique	Date du 1 ^{er} versement (AAAA MM JJ)	Montant (\$)		Fréquence				N° de produit	Distributions		
									Hebdomadaire	Aux deux semaines	Mensuelle	Trimestrielle		Réinvesties	Versées*	
							* Minimum de 25 \$ par fonds									
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FBQ-ACT 050	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FBQ-OBL 060	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FBQ-EQU 070	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FBQ-DIV 080	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FBQ-MON 090	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FBQ-MM 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⁽¹⁾ : **Livraison du paiement** Par TFE. Compléter les « informations bancaires » à la section 6. Par la poste (à l'adresse indiquée au dossier du client).

* Si rien n'est précisé ou si la distribution est de moins de 25 \$, elle sera automatiquement réinvestie.

8. TRANSACTIONS

La transaction est non sollicitée.

A) ACHATS				Distributions		Achat payable par : <input type="checkbox"/> Débit compte client (section 6) Rachat payable par : <input type="checkbox"/> Dépôt au compte bancaire <input type="checkbox"/> Chèque livré au demandeur	B) RACHATS			Rachat en totalité	Continuité investissements systématiques
	N° de produit	Montant (\$)		Réinvesties	Versées*			N° de produit	Montant (\$)		
1.	FBQ-ACT 050			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			1.	FBQ-ACT 050		
2.	FBQ-OBL 060			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2.	FBQ-OBL 060		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	FBQ-EQU 070			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3.	FBQ-EQU 070		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	FBQ-DIV 080			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4.	FBQ-DIV 080		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	FBQ-MON 090			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5.	FBQ-MON 090		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	FBQ-MM 100			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6.	FBQ-MM 100		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si rien n'est précisé ou si la distribution est de moins de 25 \$, elle sera automatiquement réinvestie.

9. PERSONNES AUTORISÉES À TRANSIGER

Personnes autorisées à transiger – Est-ce qu'une autre ou d'autres personnes :

- a) ont une autorisation d'opérations dans ce compte ? Oui Non Si oui, remplir le f.15586
 b) ont un intérêt financier dans ce compte ? Oui Non Si oui, remplir le f.25846

Renseignements complémentaires – Compagnie / Compagnie de gestion / Société en nom collectif / Association

- Remplir le f.27277 • Obtenir une copie des statuts constitutifs, du contrat d'association ou du contrat de société.

Détermination quant aux tiers

- Le compte est-il ouvert suite aux instructions d'une autre personne (tiers) ou pour son bénéfice ? Oui Non Si oui, remplir le f. 25846

10. RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT

Prénom	N° du représentant	Code rég. N° de téléphone
Nom	Adresse courriel	Code rég. N° de télécopieur

Par les présentes, je déclare avoir vérifié l'identité de la personne dont la signature paraît comme titulaire du compte en examinant les documents originaux fournis en conformité avec les normes établies par la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes*. J'ai fait des efforts raisonnables pour déterminer si le titulaire du compte agit pour le compte d'autrui.

	X
Date (AAAA MM JJ)	Signature autorisée du représentant

11. ACCEPTATIONS SPÉCIFIQUES ET GÉNÉRALES

- A) **APERÇU DU FONDS** (si applicable) Initiales
Je reconnais avoir été informé des principales informations contenues dans l'aperçu du fonds, des fonds dans lesquels j'investis, et mentionnés dans la présente demande de transaction, en vigueur à la date ci-dessus. Je reconnais avoir eu le temps nécessaire pour en prendre connaissance. Je consens à ce que les aperçus du fonds qui me sont transmis, pour cette demande, le soient selon le mode de distribution suivant :
Mode de distribution : Courriel Courrier Télécopieur Exception (envoi suivant la souscription) Web Papier
- B) **INFORMATIONS SUR LES FRAIS ET INDICES DE RÉFÉRENCE** Initiales
Je reconnais avoir été informé des frais inhérents au(x) fonds communs de placement applicables à ma demande de transaction ainsi que de l'existence des commissions de suivi, s'il y a lieu. De plus, lorsque applicable, j'ai été informé de l'utilité qu'ont les indices de référence dans la compréhension du/des fonds que j'ai choisi.
- C) **MISE EN GARDE** Initiales
Les fonds communs de placement ne sont couverts par aucune assurance-dépôts et sont soumis aux fluctuations du marché. Leur performance ne fait l'objet d'aucune garantie ni de Trust Banque Nationale Inc. ni de CSBQ. Toutes les institutions financières offrant des fonds communs de placement sont requises de formuler la présente mise en garde.
- D) **CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS** Initiales
Je reconnais avoir lu les conditions liées à la collecte, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels me concernant, lesquelles sont jointes à la présente, et y consens. Si j'ai fourni des renseignements personnels concernant mon conjoint ou mon conjoint de fait, je confirme que je suis autorisé(e) à le faire.
- E) **DÉBITS RELIÉS AU PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS SYSTÉMATIQUES** Initiales
J'autorise Trust Banque Nationale Inc. à débiter de mon compte bancaire conformément aux instructions décrites dans les sections « 6- Informations bancaires » et « 7 - Investissements systématiques / Retraits systématiques ». Je reconnais et conviens que les débits sont soumis aux conditions prévues au programme d'investissements systématiques et de retraits systématiques apparaissant à la Convention de compte de fonds communs de placement dont je reconnais avoir pris connaissance.
En apposant mes initiales, je renonce au droit de recevoir un préavis du montant du débit et je déclare ne pas avoir besoin de préavis du montant des débits avant le traitement du débit. Je renonce également au droit de recevoir un préavis pour tout changement au montant ou de dates des débits que j'aurai demandés.
- F) **TRANSACTION NON SOLLICITÉE, NON CONVENABLE MAIS ACCEPTABLE** Initiales
Cette transaction est non sollicitée et un examen de son caractère convenable a eu lieu. Le client a été avisé que la transaction demandée n'est pas cohérente avec son profil d'investisseur.

J'ai lu les conditions énoncées du document intitulé « *Document d'information sur la relation avec le client* » qui font partie de la présente et les accepte. Je demande à CSBQ d'acheter, vendre ou échanger les parts des fonds mentionnés dans le présent document. L'autorisation accordée par cette demande demeure en vigueur jusqu'à sa résiliation par le ou les demandeur(s) ou leur représentant autorisé.

	X
Date (AAAA MM JJ)	Signature du demandeur ou représentant autorisé

	X
Date (AAAA MM JJ)	Signature autre demandeur ou représentant autorisé