



# Demande d'ouverture d'un compte d'entreprise non enregistré

Agora Dealer Services Corp.  
6285 Northam Drive, Suite 100, Mississauga, ON L4V 1X5  
Toll Free: 1-855-GO-AGORA (462-4672)  
Trade Fax: 1-888-642-4312

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE :

NUMÉRO DE COMPTE

NUMÉRO DE COMPTE DU COURTIER

## 1. IDENTIFICATION DU COURTIER ET DU CONSEILLER

NOM DU COURTIER

NUMÉRO DE COURTIER

CODE DU COURTIER / DU REPRÉSENTANT

NOM DU CONSEILLER

COURRIEL DU CONSEILLER

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CONSEILLER

## 2. RENSEIGNEMENT SUR LE COMPTE

TYPE DE COMPTE  ENTREPRISE

UTILISATION PRÉVUE DU COMPTE  PLACEMENT EN VUE DE GAINS EN CAPITAL/REVENU  PLACEMENT À COURT TERME  ÉPARGNE  AUTRE \_\_\_\_\_

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTITÉ

NOM DE L'ENTITÉ OU DE L'ORGANISATION

ADRESSE COMMERCIALE (REQUISE - CASE POSTALE ET POSTE RESTANTE NON ACCEPTABLE)

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

ADRESSE POSTALE (REQUISE SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE COMMERCIALE PERMANENTE)

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL

AUTRE TÉLÉPHONE

COURRIEL

NATURE DES ACTIVITÉS

CHAMP D'APPLICATION

NIE FÉDÉRAL

NIE PROVINCIAL

\* Une copie certifiée du certificat de constitution doit être jointe à la présente demande.

## 4. DÉCLARATION DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT (SÉLECTIONNEZ TOUTES LES OPTIONS QUI S'APPLIQUENT À L'ENTITÉ)

L'entité est un résident du Canada aux fins de l'impôt.

L'entité est un résident des États-Unis aux fins de l'impôt.

L'entité est un résident d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. (INDIQUER VOS PAYS DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT ET VOS NIF CI-DESSOUS)

NUMÉRO D'ENTREPRISE

PAYS DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT	IDENTIFICATION DU CONTRIBUABLE	SI L'ENTITÉ N'A PAS DE NIF, CHOISISSEZ LA RAISON 1, 2 OU 3

Si l'entité n'a pas de NIF pour un pays en particulier, donnez la raison en utilisant l'un des choix suivants :

- A. L'entité demandera un NIF ou en a demandé un, mais ne l'a pas encore reçu.
- B. Le pays de résidence aux fins de l'impôt de l'entité ne délivre pas de NIF à ses résidents.
- C. Autre raison : \_\_\_\_\_

## 5. DÉCLARATION DE CLASSIFICATION FATCA DE L'ENTITÉ

L'entreprise est-elle classée en vertu de la FATCA?

OUI (PRÉCISEZ CI-DESSOUS)  NON

A. Personne des États-Unis (veuillez sélectionner cette option si l'entité est considérée comme une « personne des États-Unis » aux fins de l'impôt)

Personne désignée des États-Unis

Fournir le numéro d'identification de l'employeur (« NIE ») : \_\_\_\_\_

N'est pas une personne désignée des États-Unis

Indiquer la raison : \_\_\_\_\_

B. Entité étrangère non financière (non américaine) (« EENF »)

EENF active

EENF passive





# Demande d'ouverture d'un compte d'entreprise non enregistré

## 7. RENSEIGNEMENTS SUR LES DÉTENTEURS, LES PERSONNES DÉTENANT UN CONTRÔLE OU LES SIGNATAIRES AUTORISÉS

### PERSONNE 3

- Fiduciaire  Détenteur ou personne exerçant un contrôle Possédez-vous ou contrôlez-vous directement ou indirectement plus de 10 % de l'entité?  
 Bénéficiaire (plus de 25%)  Signataire autorisé  Oui - Si oui, indiquez le pourcentage de propriété ou de contrôle \_\_\_\_\_ %  
 Non

NOM INITIALES PRÉNOM

#### ADRESSE DE RÉSIDENCE PERMANENTE

VILLE PROVINCE CODE POSTAL PAYS

#### ADRESSE POSTALE (obligatoire si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)

DATE DE NAISSANCE CITOYENNETÉ FONCTION/TITRE DU POSTE NATURE DES ACTIVITÉS

NOM DE L'EMPLOYEUR ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

IDENTIFICATION DU TYPE DE DOCUMENT NUMÉRO D'IDENTIFICATION LIEU DE DÉLIVRANCE DATE D'EXPIRATION (JJ/MM/AAAA)

#### DÉCLARATION DE PERSONNE POLITIQUEMENT VULNÉRABLE

Est-ce que vous ou l'un des membres de votre famille visés (époux, conjoint de fait, enfant, mère, père, belle-mère, beau-père, frère, sœur, demi-frère ou demi-sœur) êtes :

- Un national politiquement vulnérable?  Oui  Non Si vous avez répondu « oui » à au moins une question, veuillez remplir et joindre le formulaire  
Un étranger politiquement exposé?  Oui  Non supplémentaire - Déclaration de personne politiquement exposée (étrangère ou nationale)  
Un dirigeant d'une organisation internationale?  Oui  Non ou de dirigeant d'une organisation internationale.

### PERSONNE 4

- Fiduciaire  Détenteur ou personne exerçant un contrôle Possédez-vous ou contrôlez-vous directement ou indirectement plus de 10 % de l'entité?  
 Bénéficiaire (plus de 25%)  Signataire autorisé  Oui - Si oui, indiquez le pourcentage de propriété ou de contrôle \_\_\_\_\_ %  
 Non

NOM INITIALES PÉNOM

#### ADRESSE DE RÉSIDENCE PERMANENTE

VILLE PROVINCE CODE POSTAL PAYS

#### ADRESSE POSTALE (obligatoire si elle diffère de l'adresse de résidence permanente)

DATE DE NAISSANCE CITOYENNETÉ FONCTION/TITRE DU POSTE NATURE DES ACTIVITÉS

NOM DE L'EMPLOYEUR ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

IDENTIFICATION DU TYPE DE DOCUMENT NUMÉRO D'IDENTIFICATION LIEU DE DÉLIVRANCE DATE D'EXPIRATION (JJ/MM/AAAA)

#### DÉCLARATION DE PERSONNE POLITIQUEMENT VULNÉRABLE

Est-ce que vous ou l'un des membres de votre famille visés (époux, conjoint de fait, enfant, mère, père, belle-mère, beau-père, frère, sœur, demi-frère ou demi-sœur) êtes :

- Un national politiquement vulnérable?  Oui  Non Si vous avez répondu « oui » à au moins une question, veuillez remplir et joindre le formulaire  
Un étranger politiquement vulnérable?  Oui  Non supplémentaire - Déclaration de personne politiquement exposée (étrangère ou nationale)  
Un dirigeant d'une organisation internationale?  Oui  Non ou de dirigeant d'une organisation internationale.



# Demande d'ouverture d'un compte d'entreprise non enregistré

## 8. RENSEIGNEMENTS SUR LES COMMUNICATIONS AVEC LES ACTIONNAIRES

J'ai lu et compris l'explication donnée dans le Règlement 54-101 que vous m'avez fournie en lien avec la présente demande et les choix que j'ai indiqués s'appliquent à l'ensemble des titres détenus dans le compte.

### PARTIE 1 - COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS SUR LA PROPRIÉTÉ VÉRITABLE

Veillez cocher la case indiquant si VOUS NE VOUS OPPOSEZ PAS ou si VOUS VOUS OPPOSEZ à ce que Services aux courtiers Agora communique votre nom, votre adresse, votre adresse électronique, les titres que vous détenez et votre choix de la langue de communication aux émetteurs des titres que vous détenez auprès de Services aux courtiers Agora et à d'autres personnes ou sociétés, conformément aux lois sur les valeurs mobilières.

- JE M'OPPOSE à ce que vous communiquiez les renseignements décrits ci-dessus.
- JE NE M'OPPOSE PAS à ce que vous communiquiez les renseignements décrits ci-dessus.

### PARTIE 2 - RÉCEPTION DE DOCUMENTS DU PORTEUR DE TITRES

Veillez cocher la case indiquant les documents que vous souhaitez recevoir. Les « documents pour les porteurs de titres envoyés aux propriétaires véritables des titres » sont les suivants : a) les documents relatifs aux procurations pour les assemblées annuelles et extraordinaires; b) les rapports annuels et les états financiers qui ne font pas partie des documents relatifs aux procurations; c) les documents envoyés aux porteurs de titres, pour lesquels le droit des sociétés ou les lois sur les valeurs mobilières n'exigent pas l'envoi.

- JE M'OPPOSE à ce que vous communiquiez les renseignements décrits ci-dessus.
- JE NE M'OPPOSE PAS à ce que vous communiquiez les renseignements décrits ci-dessus.

### PARTIE 3 - RÉCEPTION DE DOCUMENTS DU PORTEUR DE TITRES

Veillez cocher la case correspondant à votre choix de la langue de communication.  Français  Anglais

Remarque : Les présentes instructions ne s'appliquent pas aux demandes précises que vous faites ou que vous avez faites à un émetteur assujéti concernant l'envoi de ses états financiers intermédiaires. De plus, dans certaines circonstances, les instructions que vous donnez dans la présente formule de réponse du client ne s'appliqueront pas aux rapports annuels ou aux états financiers d'un fonds de placement qui ne font pas partie des documents relatifs aux procurations. Un fonds de placement peut également obtenir des instructions précises de votre part quant à savoir si vous souhaitez recevoir son rapport annuel ou ses états financiers. Lorsque vous donnez des instructions précises, celles qui sont données dans le présent formulaire concernant les états financiers ne s'appliquent pas.

Je comprends que les documents que je reçois seront rédigés dans la langue de communication que j'ai choisie s'ils ont été publiés dans cette langue.

## 9. FRAIS DE COMPTE ANNUELS

Jusqu'à ce que je donne des instructions contraires par écrit, je demande que mes frais de compte annuels soient perçus comme suit (ne cocher qu'une case) :

**A**  À MÊME MON COMPTE-CHEQUES - Chèque annulé joint. Ce compte bancaire sera utilisé chaque année, vers le 1<sup>er</sup> juin, pour le retrait des frais de compte annuels, qui varieront selon le barème des frais applicables fourni. Les frais non payés seront perçus à même votre ou vos comptes SACA. Veuillez consulter les modalités des débits préautorisés (DPA) ci-après pour de plus amples renseignements sur les exigences de la Règle H1 de l'ACP qui s'appliquent à cette méthode de paiement des frais.

**B**  PAR RACHAT D'ACTIFS DÉTENUS DANS MON COMPTE - Remarque : Il est entendu que, s'il n'y a pas suffisamment de liquidités dans mon compte, les frais peuvent être perçus en rachetant des actifs de mon compte. Je suis conscient que des frais d'opération s'appliqueront. Je suis conscient qu'il pourrait y avoir des conséquences fiscales. SACA a établi une hiérarchie des placements utilisés pour la perception des frais, comme indiqué à la section h) de la convention de compte.

## 10. ACCORD DE PAIEMENT DES FRAIS PAR DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Par les présentes, j'autorise Services aux courtiers Agora (SACA) à inscrire au débit du compte bancaire suivant les frais d'administration annuels. J'ai joint un spécimen de chèque annulé pour le compte à débiter.

INSTITUTION FINANCIÈRE		SUCCURSALE	
ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE DOMICILIATION	NUMÉRO DE COMPTE BANCAIRE	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE	DATE (JJ-MM-AAAA)

- a)** En signant cette demande, vous renoncez aux préavis prévus aux paragraphes 15(a) et (b) de la règle H1 de Paiements Canada sur les prélèvements préautorisés.
- b)** Vous autorisez Services aux courtiers Agora (SACA) à porter au débit du compte bancaire indiqué la ou les sommes indiquées selon les fréquences demandées.
- c)** S'il s'agit de votre propre placement, votre débit sera considéré comme un débit personnel préautorisé (DPA) selon la définition de Paiements Canada. Si le débit est effectué à des fins commerciales, ce sera considéré comme un DPA d'entreprise.
- d)** Vous disposez de certains droits de recours dans l'éventualité où un retrait ne serait pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir un remboursement pour tout prélèvement non autorisé ou ne correspondant pas aux dispositions du présent accord de prélèvements préautorisés. Pour de plus amples renseignements sur vos recours, vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou consulter le site Web paiements.ca.
- e)** Vous confirmez que toutes les personnes dont la signature est exigée pour autoriser les opérations dans le compte bancaire indiqué ont signé le présent accord.
- f)** Vous pouvez modifier ces instructions ou annuler ce programme en tout temps, pourvu que SACA reçoive un préavis d'au moins 10 jours ouvrables par téléphone ou par la poste. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler un accord de prélèvements préautorisés, vous pouvez consulter votre institution financière ou le site Web de Paiements Canada (paiements.ca).
- g)** Vous autorisez SACA à accepter les modifications apportées à la présente convention par votre courtier inscrit ou votre conseiller conformément aux politiques de SACA et aux exigences de l'ACP en matière de divulgation et d'autorisation.
- h)** Vous reconnaissez que les renseignements fournis dans la présente demande seront transmis à l'institution financière, dans la mesure où la communication de ces renseignements a un lien direct avec l'application rigoureuse des règles relatives aux prélèvements préautorisés et est nécessaire à cette fin.
- i)** Vous reconnaissez et convenez que vous êtes entièrement responsable de tous les frais engagés si un prélèvement ne peut être effectué en raison d'une insuffisance de fonds ou pour tout autre motif qui vous est imputable.
- j)** Vous avez exigé que ce formulaire et tous les autres documents y afférents soient rédigés en français. J'ai exigé que ce formulaire et tous les documents y afférents soient rédigés en anglais.

J'autorise/nous autorisons le traitement, par SACA, d'un DPA fixe et personnel pour le paiement des frais d'administration annuels conformément à la partie 8 des présentes par l'intermédiaire de mon/notre compte bancaire, dont les détails figurent sur le chèque annulé ci-joint.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE	SIGNATURE DU COTITULAIRE DU COMPTE (S'IL Y A LIEU)	DATE (JJ-MM-AAAA)

Je conviens/nous convenons des modalités du présent accord telles qu'elles sont énoncées aux présentes.



# Demande d'ouverture d'un compte d'entreprise non enregistré

## 11. CONFIRMATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Veuillez lire la convention de compte jointe à la présente demande pour connaître les modalités importantes qui s'appliquent à votre compte.

J'atteste/nous certifions par la présente que je suis/nous sommes le/les signataires autorisés de cette entité. Par les présentes, j'atteste/nous certifions que les renseignements contenus dans la présente demande sont complets et exacts. Je reconnais/nous reconnaissons avoir lu les modalités de la convention de compte jointe à la présente demande, et j'accepte/nous acceptons d'être liés par elles. Je m'engage/nous nous engageons à fournir à l'institution financière de l'entité un nouveau formulaire dans les 30 jours qui suivent tout changement de situation entraînant l'insuffisance ou l'inexactitude des renseignements figurant sur ce formulaire.

**PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE** – En signant la présente demande ci-dessous, je reconnais/nous reconnaissons avoir lu l'avis de protection de la vie privée joint aux présentes et je consens/nous consentons à ce que mes/nos renseignements personnels soient recueillis, conservés, utilisés et divulgués (i) par chaque société auprès de laquelle je détiens/nous détenons un compte, de la façon et aux fins indiquées dans l'avis de protection de la vie privée et (ii) par le remisier, au besoin, pour l'exécution des fonctions décrites à l'alinéa b) de la convention de compte jointe à la présente demande. En signant ci-dessous, je consens à recevoir mes communications par voie électronique (le cas échéant). Si j'ai/nous avons fourni des renseignements concernant une autre personne, je confirme/nous confirmons avoir l'autorisation de le faire.

NOM DU SIGNATAIRE AUTORISÉ	SIGNATURE	DATE (JJ/MM/AAAA)
NOM DU SIGNATAIRE AUTORISÉ	SIGNATURE	DATE (JJ/MM/AAAA)
NOM DU SIGNATAIRE AUTORISÉ	SIGNATURE	DATE (JJ/MM/AAAA)
NOM DU SIGNATAIRE AUTORISÉ	SIGNATURE	DATE (JJ/MM/AAAA)

## 12. RENSEIGNEMENTS SUR LE COURTIER OU LE CONSEILLER

A) Avez-vous un intérêt direct ou indirect dans le compte autre que des intérêts sur les commissions facturées?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez des détails dans les commentaires du conseiller.

Commentaires du conseiller \_\_\_\_\_

B) Êtes-vous inscrit dans la province de résidence du demandeur?  Oui  Non

C) Avez-vous rencontré le demandeur en personne?  Oui  Non Dans l'affirmative, quand? \_\_\_\_\_

D) Depuis combien de temps connaissez-vous le demandeur? \_\_\_\_\_

E) Comment en êtes-vous venu à connaître le demandeur?  Publicité  Téléphone  Contact personnel  Visite

Recommandation de \_\_\_\_\_

F) Une vérification de crédit a-t-elle été effectuée?  Oui  Non Date \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, quel a été le résultat (ne cocher qu'une case)  Acceptable  Non acceptable Date \_\_\_\_\_

<b>X</b>	<b>X</b>	
SIGNATURE DU CONSEILLER	SIGNATURE DU DIRECTEUR DE SUCCURSALE	DATE (JJ/MM/AAAA)