



1. RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

_____	_____	_____
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	N° DE COMPTE
_____	_____	_____
NOM DU COURTIER	NOM DU CONSEILLER	NUMÉRO DE COURTIER
		NUMÉRO DE CONSEILLER

2. ADRESSE DU CLIENT

ADRESSE

_____	_____	_____	_____
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	PAYS

3. AUTORISATION

Action : COMMENCER ARRÊTER

EN VIGUEUR

DATE (MM/AAAA) (OBLIGATOIRE)

Si ARRÊTER est choisi, la fréquence des relevés reviendra à la fréquence par défaut.

4. SIGNATURES

_____	X	_____
NOM DU CLIENT	SIGNATURE DU CLIENT (OBLIGATOIRE)	_____
		DATE (JJ/MM/AAAA)
_____	X	_____
NOM DU CONSEILLER	SIGNATURE DU CONSEILLER (OBLIGATOIRE)	_____
		DATE (JJ/MM/AAAA)
_____	X	_____
NOM DU COURTIER	SIGNATURE DU COURTIER (OBLIGATOIRE)	_____
		DATE (JJ/MM/AAAA)