

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE
CHANGEMENT DE NOM**

Expéditeur :

Ancien nom (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) Ancienne signature

À :

Nouveau nom (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) Nouvelle signature

***** Veuillez signer même si votre signature n'a pas changé *****

Motif du changement de nom : *(documents justificatifs ci-joints)*

- État matrimonial** – une copie du certificat de mariage ou du jugement de divorce est exigée, de même que le formulaire rempli **Mise à jour des renseignements personnels et réglementaires* (ci-joint), ainsi qu'une pièce d'identité valide indiquant le nouveau nom
- Changement de nom légal** – une copie du certificat officiel de changement de nom est exigée
- Correction d'une faute d'orthographe** – une copie d'une pièce d'identité valide est exigée

Liste de comptes

Numéro de compte	Numéro de compte
Numéro de compte	Numéro de compte
Numéro de compte	Numéro de compte
Numéro de compte	Numéro de compte

Veuillez cocher la case qui s'applique à votre situation

- Mes autres renseignements personnels ou financiers n'ont pas changé
- J'ai rempli le formulaire de mise à jour des renseignements personnels et réglementaires

Nouvelle signature

Date

Renseignements personnels et réglementaires

Indiquez votre lien avec le compte

- Titulaire principal Mandataire / Autorisation de négociier pour une société par actions
 Titulaire conjoint Liquidateur Autre : _____

RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

Numéro de Carte Scotia (requis pour l'accès en ligne)

Nom de jeune fille de la mère (requis pour l'accès en ligne)

Si vous ne possédez pas de Carte Scotia mais souhaitez disposer d'un accès en ligne, veuillez cocher la case ci-après pour en obtenir une.

Envoyer une Carte Scotia : Oui Non

Titre	Prénom	Initiale	Nom
Date de naissance (mm/jj/aaaa)		Pays de citoyenneté	

Numéro d'assurance sociale

SSN / NIF*

* Si vous êtes un citoyen des États-Unis ou un citoyen des États-Unis à double nationalité ou êtes considéré comme une «personne des États-Unis», un numéro de sécurité sociale (SSN) et une formule W9 sont également requis.

Êtes-vous (personne physique ou entité), aux fins de l'impôt, un résident d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis? Non Oui

Si oui, veuillez inscrire jusqu'à trois territoires de résidence et le ou les numéros d'identification aux fins de l'impôt (NII).

Si vous ne possédez pas de NII pour l'un des territoires de résidence inscrits ci-dessous, veuillez inscrire l'un des codes de justification suivants :

Code de justification 1 : Je vais effectuer ma demande de NII ou j'ai effectué ma demande de NII, mais je ne l'ai pas encore reçu (le NII doit être fourni dans les 12 prochains mois)

Code de justification 2 : Mon territoire de résidence aux fins de l'impôt ne fournit pas de NII à ses résidents

Code de justification 3 : Autre - Veuillez préciser (le NII doit être fourni dans les 12 prochains mois)

1. _____ NII _____ Code de justification _____ Autre (veuillez préciser) _____
2. _____ NII _____ Code de justification _____ Autre (veuillez préciser) _____
3. _____ NII _____ Code de justification _____ Autre (veuillez préciser) _____

ADRESSE DU DOMICILE

Adresse municipale/officialle (ne peut être une case postale)

App./Suite

Adresse (autres renseignements)

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Numéro de téléphone résidentiel	Numéro de téléphone professionnel	Poste
---------------------------------	-----------------------------------	-------

Numéro de téléphone cellulaire Adresse courriel principale Personnelle Professionnelle

Quel numéro désirez-vous que nous utilisions pour vous joindre pendant les heures d'ouverture de la Bourse? Résidentiel Professionnel Cellulaire

RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION D'EMPLOI

Situation

- Employé Retraité* Étudiant Travailleur autonome Personne au foyer Sans travail Autre

* Si vous êtes à la retraite, veuillez fournir les renseignements relatifs au dernier emploi occupé.

Employeur	Secteur d'activité
-----------	--------------------

Fonction	Années d'ancienneté
----------	---------------------

Adresse de l'employeur

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Renseignements personnels et réglementaires

RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION D'EMPLOI (SUITE)

Êtes-vous un employé de la Banque Scotia? Oui Non

Si oui, préciser: _____

Êtes-vous un initié à l'égard de la Banque Scotia ou le Service de la conformité de la Banque Scotia? Oui Non

Est-ce que vous ou une personne de votre ménage êtes employés d'une société membre (pro) de l'OCRCVM (Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières)? Oui Non

Nota : Certaines conditions peuvent s'appliquer aux comptes des employés de sociétés œuvrant dans le secteur des valeurs mobilières et aux comptes sur lesquels de tels employés sont autorisés à négocier.

Revenu annuel

Moins de 25 000 \$ De 25 000 \$ à 50 999 \$ De 51 000 \$ à 74 999 \$ De 75 000 \$ à 99 999 \$ De 100 000 \$ à 149 999 \$
 De 150 000 \$ à 200 000 \$ Plus de 200 000 \$, Préciser _____

Avoir net

Liquidités, montant net _____ A (Espèces et valeurs mobilières moins le passif à court terme)

Immobilisations, montant net _____ B (Immobilisations moins prêts non remboursés sur immobilisations)

Total de l'avoir net _____ (A + B)

Utilisation prévue ou objectif du compte

Choisir une option ci-dessous pour indiquer la raison d'être du compte:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Placement à court terme | <input type="checkbox"/> Planification de retraite, planification successorale ou fiscale |
| <input type="checkbox"/> Revenu de placement à long terme | <input type="checkbox"/> Levier, couverture, préservation de capital, fiducie, protection des avoirs |
| <input type="checkbox"/> Génération | <input type="checkbox"/> Garde de titres |
| <input type="checkbox"/> Épargne (enregistrée ou non) | <input type="checkbox"/> Autre (précisions obligatoires): _____ |

Types de placements déjà effectués

Indiquez votre niveau de connaissance.

- | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fonds communs de placement | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Élevé |
| <input type="checkbox"/> Titres à revenu fixe (autres que des OEC) | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Élevé |
| <input type="checkbox"/> Actions | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Élevé |
| <input type="checkbox"/> Opérations sur marge | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Élevé |
| <input type="checkbox"/> Options | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Élevé |
| <input type="checkbox"/> Ventes à découvert | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Élevé |
| <input type="checkbox"/> Expérience en matière de placement | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Élevé |

RENSEIGNEMENTS REQUIS PAR LES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION DES VALEURS MOBILIÈRES ET DE CONFORMITÉ

Êtes-vous considéré, vous ou votre conjoint, comme un initié (aux termes des lois provinciales en matière de valeurs mobilières) à l'égard d'une société ouverte?

Oui Non Si oui, nommer la ou les sociétés. _____

À titre individuel ou de membre d'un groupe, exercez-vous, vous ou votre conjoint, une emprise (aux termes des lois provinciales en matière de valeurs mobilières) sur une société ouverte?

Oui Non Si oui, nommer la ou les sociétés. _____

Êtes-vous, vous ou votre conjoint, employé, administrateur, associé ou dirigeant d'un membre d'une bourse, d'une société membre de l'OCRCVM ou d'une bourse elle-même?

Oui Non Si oui, nommer la ou les sociétés. _____

Êtes-vous titulaire ou mandataire d'un autre compte de Scotia iTRADE, ou détenez-vous des droits sur un tel compte?

Oui Non Si oui, préciser le ou les numéros de compte. _____

Êtes-vous titulaire ou mandataire d'un compte d'une autre société de courtage?

Oui Non Si oui, nommer la ou les sociétés de courtage. _____

Êtes-vous en position de contrôle dans une entreprise liés à la marijuana?

Oui Non

Renseignements personnels et réglementaires

Est-ce que vous, un des membres de votre famille ou un de vos proches associés occupez ou avez déjà occupé l'un des postes suivants?

Oui Non Si oui, indiquez le poste :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Directeur d'institut | <input type="checkbox"/> Maire d'une municipalité canadienne |
| <input type="checkbox"/> Membre d'une famille au pouvoir | <input type="checkbox"/> Chef d'un organisme gouvernemental |
| <input type="checkbox"/> Membre d'un conseil exécutif de gouvernement | <input type="checkbox"/> Président d'une société d'État ou d'une banque d'État |
| <input type="checkbox"/> Sous-ministre (ou équivalent) | <input type="checkbox"/> Dirigeant d'une organisation internationale créée par les gouvernements de divers États |
| <input type="checkbox"/> Général ou militaire d'un grade équivalent ou supérieur | <input type="checkbox"/> Chef ou président d'un parti politique représenté dans une assemblée législative |
| <input type="checkbox"/> Judge de Cour suprême | <input type="checkbox"/> Directeur d'un organisme de bienfaisance |
| <input type="checkbox"/> Ambassadeur | <input type="checkbox"/> Chef d'État |
| <input type="checkbox"/> Conseiller d'ambassadeur | <input type="checkbox"/> Chef de gouvernement |
| <input type="checkbox"/> Juge d'une cour d'appel ou d'un équivalent local | <input type="checkbox"/> Attaché |
| <input type="checkbox"/> Membre d'une assemblée législative | |

TITRE	PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	NOM
-------	--------	---------------	-----

LIEN AVEC VOUS

- VOUS ENFANT PROCHE PARENT(S) FRÈRE(S) OU SŒUR(S) ÉPOUX OU CONJOINT DE FAIT
 PARENT(S) DE L'ÉPOUX OU DU CONJOINT DE FAIT

DATES D'EXERCICE DE LA FONCTION (DU MM-JJ-AAAA AU MM-JJ-AAAA) PAYS D'EXERCICE DE LA FONCTION

DESCRIPTION DES FONCTIONS OFFICIELLES

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Marié En union de fait Divorcé Séparé légalement Veuf

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT

Titre	Prénom	Initiale	Nom
-------	--------	----------	-----

RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION D'EMPLOI DU CONJOINT

- Employé Retraité Étudiant Travailleur autonome Personne au foyer Sans travail Autre

Employeur

Secteur d'activité

Fonction

PIÈCE D'IDENTITÉ

Type de pièce d'identité (ne cocher qu'une seule case)

- Permis de conduire Carte d'assurance maladie provinciale (sauf ON, MB, NE et IPE) Carte de citoyenneté canadienne
 Carte d'âge de la majorité Passeport

Numéro de la pièce d'identité

Veillez inclure une pièce d'identité avec photo ainsi que le formulaire Vérification d'identité (SiT200) dûment rempli lorsque vous soumettez ce formulaire à Scotia iTRADE.

Signature

Date