

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bienvenue BMO Ligne d'action

POUR ACCÉLÉRER LE SERVICE
veuillez remplir toutes les sections pertinentes

Si vous demandez : **Remplissez :**

- Un compte REEE Toutes les sections
 Une mise à jour de votre(vos) compte(s) existant(s) Ne remplissez que les sections pertinentes

N°(s) de compte(s) : 1.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 2.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Langue préférée : Français Anglais

Caractéristique(s) du compte : Professionnel* Employé BMO Conjoint

*Vous êtes considéré comme professionnel si vous, ou une personne avec qui vous vivez, êtes un employé d'une firme membre de l'OCRCVM ou d'une société affiliée. Veuillez fournir une lettre de confirmation de votre service de conformité autorisant l'ouverture du compte.

Choisissez un compte autogéré: REEE familial REEE familial avec options REEE individual REEE individual avec options

Transférez-vous un ou plusieurs comptes REEE?

Non - Préciser la cotisation initiale : _____ \$

Oui (voir les remarques ci-dessous)

- Veuillez remplir la formule "Transfert Entre Régimes Enregistrés d'épargne-études (REEE)"

- Afin de respecter les règles gouvernementales concernant la durée maximale du REEE (35 ans), nous devons connaître la date d'établissement du REEE que vous comptez nous transférer. Si vous l'ignorez, vous pouvez l'obtenir de l'institution où vous avez établi le

REEE. Veuillez indiquer la date du contrat original du REEE que vous faites transférer chez nous: (AA,MM,JJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La date de fin du contrat ne doit pas être postérieure au 31 décembre de la 35^e année suivant l'année de signature du contrat.
 La date de fin des paiements doit être comprise dans la période de 31 ans suivant l'année de signature du contrat.

A

Pour savoir qui peut souscrire à un REEE, reportez-vous au paragraphe 4 de la Partie C ou au paragraphe 4 de la Partie D de l'Article 2 de la Conventions de client.

Si le REEE compte des cosouscripteurs conjoints, la formule REEE - Renseignements sur le cosouscripteur dûment remplie doit être jointe à la demande.

Citoyenneté¹

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Pays de résidence²

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Double citoyenneté (le cas échéant)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¹Les citoyens américains doivent remplir la formule W-9 ci-jointe. Veuillez communiquer avec BMO Ligne d'action ou visiter notre site Web pour des formules supplémentaires.

Titre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Prénom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse du domicile (n°, rue)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Bur.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ville

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Prov.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de téléphone principal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Autre numéro de téléphone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Poste

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° téléc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Autre numéro (jour)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Adresse électronique _____

Adresse de correspondance si différente de ci-dessus

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Bur.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ville

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Prov.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 État civil

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nbre de pers. à charge

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Date de naissance (AA,MM,JJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 NAS (exigé par l'Agence du revenu du Canada). Joindre une photocopie de la carte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de l'employeur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Type d'entreprise

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Emploi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Description de tâches

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Êtes-vous actuellement au service d'une des sociétés suivantes? BMO Groupe Financier BMO Nesbitt Burns BMO Ligne d'action Aucune de ces responses

Veuillez indiquer le numéro d'identification d'employé (NIE) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RENSEIGNEMENTS
sur le souscripteur

Veuillez ne pas remplir cette section si le conjoint ou conjoint de fait du souscripteur est le cosouscripteur.

Titre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Prénom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de l'employeur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Type d'entreprise

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Emploi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Description de tâches

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Conjoint
sur conjoint ou conjoint de fait

B**POUR**
votre
sécurité

Veuillez créer un mot de passe temporaire qui doit comporter 6 caractères alphanumériques. Lorsque vous accédez pour la première fois à votre compte par nos services automatisés, vous devrez changer ce mot de passe temporaire.

Mot de passe
du(des) compte(s) :

C**RENSEIGNEMENTS**
financiers

Veuillez arrondir au dollar le plus près.

Revenu
annuel total : _____

Nom de l'institution
financière

Actif liquide net (A)
(Liquidités et titres moins
tout prêt grevant ces titres) _____

N° de
domiciliation N° de
compte

Immobilisations nettes (B)
(Immobilisations moins tout élément
de passif grevant l'immobilisation) _____

Adresse de l'institution
financière

Valeur nette estimée (C)
(C = A + B) , ,

Adresse
(suite)

Source
des fonds _____

Utilisation prévue
du compte _____

D**SI VOUS RÉPONDEZ OUI**
aux questions suivantes,
veuillez préciser

1. Êtes-vous un haut dirigeant ou un administrateur d'une société dont les actions sont inscrites à la cote d'une bourse ou d'un marché hors-bourse, ou vivez-vous avec une telle personne?

Oui Nom de la(des) société(s) :
 Non

2. Est-ce que vous, ou une personne avec qui vous vivez, possédez, seul ou avec un groupe, au moins 10 % des actions d'une société ouverte?

Oui Nom de la société :
 Non

3. Êtes-vous titulaire d'un compte de courtage auprès d'autres institutions financières ou avez-vous un mandat de négociation pour un tel compte?

Oui Institution(s) financière(s) :
 Non Type de compte : Type de compte :

4. Êtes-vous titulaire d'un autre compte BMO Ligne d'action ou avez-vous un mandat de négociation pour un tel compte?

Oui Compte n° 1 : Compte n° 2 :
 Non

5. Une autre personne aura-t-elle un intérêt financier dans votre(vos) compte(s) ou pourra-t-elle exercer un contrôle sur ceux-ci? Si oui, veuillez remplir la formule « Mandat de négociation ou procuration » ci-jointe.

Oui Nom :
 Non
Si oui % d'intérêt financier

E**DEMANDE**
d'un compte d'options

1. Depuis combien d'années investissez-vous dans les options?

2. Décrivez vos connaissances en matière de transaction d'options : Expert Bonnes Limitées Nulles

3. Expérience en matière de : Aucune Options d'achat et de vente Options couverte

4. Veuillez indiquer le type de transactions qui vous intéresse : Options d'achat et de vente Options couvertes

J'ai reçu la déclaration sur les risques que comportent les contrats à terme et les options (Article 4, Partie G du livret Conventions du client).

Je comprends les risques spéciaux afférents à la négociation d'options et reconnais que BMO Ligne d'action Inc. n'est pas inscrite pour négocier des contrats à terme. Je déclare que j'ai des ressources financières suffisantes pour soutenir toute opération à laquelle je participe.

Signature du
souscripteur _____ Date
(AA/MM/JJ)

F**RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE**
la personne qui suit est désignée comme bénéficiaire du présent régime et a droit à des paiements d'aide aux études

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les bénéficiaires, reportez-vous au paragraphe 5 de la Partie C (régimes individuels) ou au paragraphe 2 de la Partie D (régimes familiaux) de l'Article 2 de la Conventions de client.

Si un régime familial compte plus d'un bénéficiaire, vous devez nous envoyer une copie du formulaire Ajout et mise à jour sur le bénéficiaire - Régime d'épargne-études dûment remplie pour chaque bénéficiaire additionnel.

Citoyenneté Pays de résidence

Double citoyenneté (le cas échéant)

Nom D'autres noms Prénom

Adresse: Identique à celle du souscripteur Adresse différente (voir ci-dessous)

Adresse du domicile (n°, rue) Bur.

Ville Prov. Code postal

Date de naissance (AA,MM,JJ) NAS (exigé par l'Agence du revenu du Canada). Joindre une photocopie de la carte Sexe: M F

Lien avec la souscripteur

Si le bénéficiaire a moins de 19 ans ET si le souscripteur n'est pas le parent ayant la garde, le tuteur légal ou responsable public:

Nom du parent ayant la garde, du tuteur légal ou responsable public:

Nom D'autres noms Prénom

Adresse du parent ayant la garde, du tuteur légal ou responsable public:

Adresse: Identique à celle du souscripteur Identique à celle du bénéficiaire Adresse différente (voir ci-dessous)

Adresse du domicile (n°, rue) Bur.

Ville Prov. Code postal

G**La protection de votre vie privée**

Vous acceptez que, dès le début de notre relation et pendant toute sa durée, nous puissions recueillir, utiliser et communiquer des renseignements à votre sujet, notamment pour les motifs suivants : établir votre identité, vous fournir des services, comprendre vos besoins financiers, vous protéger et nous protéger contre la fraude et les erreurs, respecter les exigences juridiques et réglementaires et vous proposer des produits et des services.

H**SIGNATURES**

Demande de Subvention Canadienne pour l'épargne-études (SCEE) de base

Désirez-vous que le fiduciaire demande la subvention canadienne pour l'épargne-études de base en votre nom? Oui Non

Si oui, veuillez remplir la Demande de Subvention canadienne pour l'épargne-études - formulaire SCEE n° SDE 0069 (F) pour chaque bénéficiaire.

Nota: Si le souscripteur n'est pas le parent ayant la garde ou le tuteur légal du bénéficiaire comme il est indiqué dans la Demande de SCEE, le parent ayant la garde ou le tuteur légal doit remplir les pages 3 et 4 du formulaire SCEE et le signer.

Communication de renseignements sur le REEE

Les renseignements fournis dans le présent formulaire, ainsi que le montant des cotisations et le solde du régime, peuvent être communiqués au parent ayant la garde. Ces renseignements seront également transmis à Ressources humaines et Développement des compétences Canada, ministère du gouvernement fédéral responsable du programme, ainsi qu'à l'Agence du revenu du Canada aux fins fiscales.

Par la présente, je demande d'adhérer à un régime d'épargne-études de BMO Ligne d'action (le " régime ") et j'accepte les modalités énoncées dans le livret Conventions de client (http://www.bmolignedaction.com/ApplyNow/forms/Cust_Agr_Fr.pdf). J'ai lu et compris les modalités et je consens à être lié par elles en tant que souscripteur. Je demande au promoteur de demander l'enregistrement du régime en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et, le cas échéant, de la législation de ma province ou de mon territoire de résidence indiqué dans la présente demande. Je comprends que les cotisations au régime ne sont pas déductibles du revenu imposable et que tout retrait du régime, à l'exception des remboursements de cotisations, peut être pris en compte dans le calcul de l'impôt sur le revenu. Je sais qu'une pénalité fiscale peut être imposée si les cotisations versées pour le compte d'un bénéficiaire dans le régime et dans d'autres REEE, par moi ou par d'autres souscripteurs, dépassent la limite cumulative de cotisation à un REEE pour le bénéficiaire en question.

Je certifie que les renseignements aux présentes sont véridiques et complets et j'accepte les conditions décrites dans le livret Conventions du client. Je conviens également de vous aviser immédiatement par écrit de tout changement important dans ces renseignements.

Signature du souscripteur _____

Date AA/MM/JJ

