

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

Dénomination du compte : _____

Représentant légal : Personnes autorisées à agir au nom de l'entité et prendre des décisions juridiques en son nom.

Représentants légaux	1	2
Nom(s)		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Adresse privée - rue, n°		
Localité, pays		
Tel.		
Secteur d'activité		
Nom de l'employeur		
E-mail		
Titulaire d'un mandat public	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non
* Si oui: Fonction :		
Institution :		
Date de début :		
Date de fin :		

Représentants légaux	3	4
Nom(s)		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Adresse privée - rue, n°		
Localité, pays		
Tel.		
Secteur d'activité		
Nom de l'employeur		
E-mail		
Titulaire d'un mandat public	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non
* Si oui: Fonction :		
Institution :		
Date de début :		
Date de fin :		

UTILISATION DU COMPTE

But d'utilisation du compte : Raison(s) de ségrégation de plusieurs comptes à préciser : _____

Provenance des avoirs déposés sur le compte :

Pays : _____

Source de revenus : _____

Nature des transactions entrantes : _____

Nature des transactions sortantes :

Dépenses courantes

Dépenses opérationnelles

Autres : _____

CONDITIONS ET SIGNATURES

Titulaire du compte

Le(s) signataire(s) ci-dessous

- déclare(nt) avoir pris connaissance, lu et accepté dans leur intégralité les informations du présent formulaire, les conditions générales et particulières des clients professionnels de POST Finance ainsi que la Notice Données Personnelles. Ces documents peuvent être consultés sur www.post.lu, dans tout point de vente et sur l'ebanking eboo.
- autorisent l'"entité" d'entrer en relation d'affaires avec POST Luxembourg et d'ouvrir le compte bancaire.

Représentant 1

Date : _____

Nom(s) et signature : _____

Représentant 2

Date : _____

Nom(s) et signature : _____

Représentant 3

Date : _____

Nom(s) et signature : _____

Représentant 4

Date : _____

Nom(s) et signature : _____

Cadre réservé à POST Finance

Autocollant guichet

Signature : _____



N° compte : LU 1 1 1 1 0 0 0 0

Titulaire du compte – Dénomination : _____

La loi modifiée du 12 novembre 2004 relative à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme rend obligatoire l'identification du bénéficiaire effectif de tout compte. Le bénéficiaire effectif étant la personne physique qui contrôle la société et/ou détient au moins 25% des parts de cette dernière.

Bénéficiaire effectif	1	2
Nom(s)		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Adresse privée - rue, n°		
Localité, pays		
Profession/secteur d'activité/ employeur		
Titulaire d'un mandat public	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non
* Si oui: Fonction:		
Institution:		
Date de début:		
Date de fin:		

Bénéficiaire effectif	3	4
Nom(s)		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Adresse privée - rue, n°		
Localité, pays		
Profession/secteur d'activité/ employeur		
Titulaire d'un mandat public	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non
* Si oui: Fonction:		
Institution:		
Date de début:		
Date de fin:		

Les avoirs déposés sur le compte proviennent de : _____

Le compte est couvert dans le but suivant :

Dépenses courantes

Autres : _____

Les soussignés s'engagent à informer POST Finance par écrit et sans délai de tout changement dans les déclarations qui précèdent et certifient que la présente déclaration est exacte.

Lieu et date : _____

Représentant légal 1

Représentant légal 2

Représentant légal 3

Représentant légal 4

Nom

Nom

Nom

Nom

Signature

Signature

Signature

Signature

Bénéficiaire effectif 1

Bénéficiaire effectif 2

Bénéficiaire effectif 3

Bénéficiaire effectif 4

Nom

Nom

Nom

Nom

Signature

Signature

Signature

Signature

Documents à joindre à ce formulaire (pour chaque signataire):

- Copie recto verso de pièce(s) d'identité(s) en cours de validité et lisible
- Preuve de résidence (ex. certificat de résidence) datant de moins de 3 mois

Cadre réservé à POST Finance

Autocollant guichet

Signature

Ces informations sont obligatoires pour la gestion de votre compte et des moyens de paiement associés. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression pour les données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement pour juste motif. Pour plus d'information, veuillez consulter la rubrique Condition d'utilisation pour prendre connaissance de la charte de Protection des données. www.post.lu

L U 1 1 1 1 0 0 0 0

Titulaire du compte – Dénomination : _____

Signatures :

(Personnes habilitées à effectuer des transactions sur le compte ci-dessus)*

Mandataire	1	2
Représentant légal	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom(s)		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Adresse privée : rue, n°, localité, pays	_____	_____
Fonction au sein de la société		
Profession/secteur d'activité/ employeur <i>(si non employé par le titulaire du compte)</i>		
Signature	_____	_____

Mandataire	3	4
Représentant légal	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom(s)		
Prénom(s)		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Adresse privée : rue, n°, localité, pays	_____	_____
Fonction au sein de la société		
Profession/secteur d'activité/ employeur <i>(si non employé par le titulaire du compte)</i>		
Signature	_____	_____

Par la présente, nous soussignés, représentants légaux du titulaire du compte, autorisons les signataires ci-dessus, à exploiter le compte en question de la société ouvert auprès de POST Luxembourg.

Lieu et date : _____

Représentant légal 1

Représentant légal 2

Représentant légal 3

Représentant légal 4

Nom

Nom

Nom

Nom

Signature

Signature

Signature

Signature

Documents à joindre à ce formulaire (pour chaque signataire):

- Copie recto verso de pièce(s) d'identité(s) en cours de validité et lisible
- Preuve de résidence (ex. certificat de résidence) datant de moins de 3 mois

Cadre réservé à POST Finance

Autocollant guichet

Signature

Remarques importantes :

- En cas de changements concernant les personnes autorisées ou leurs pouvoirs, les personnes habilitées à représenter l'entité doivent en informer immédiatement POST Finance par lettre recommandée. POST Finance ne peut être tenue responsable des conséquences pouvant résulter de modifications qui ne lui auraient pas été notifiées.
- Tout nouveau formulaire de signature annule le formulaire précédent. Aussi, pour que des signatures précédentes restent applicables, il y a lieu de renouveler toutes les signatures du formulaire.
- Le présent formulaire est conservé par POST Finance. Les signatures y apposées ne sont valables que pour les transactions avec POST Finance.

**Ces informations sont obligatoires pour la gestion de votre compte et des moyens de paiement associés. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression pour les données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement pour juste motif. Pour plus d'information, veuillez consulter la rubrique Conditions d'utilisation pour prendre connaissance de la charte de Protection des données. www.post.lu*

POST Luxembourg

Adresse postale : POST Finance L-2997 Luxembourg / Tél. 8002 8004 ou +352 2424 8004 / Fax +352 40 78 37 / contactpro.finance@post.lu
Bureaux et Siège : 38, place de la Gare L-1616 Luxembourg / RCS Luxembourg : J28 / TVA : LU 15400030

www.post.lu