

Demande d'ouverture placement à terme

Renseignements sur le client:

Nom / Raison sociale	_____	Prénom	_____
Rue, n°	_____	NPA, localité	_____
Tél. privé	_____	Tél. professionnel	_____

Compte à débiter: Compte CHF
 Compte d'épargne
 Compte d'épargne 60+

Compte n° _____

Le/les soussigné(s) demande/demandent l'ouverture d'un placement à terme aux conditions ci-après: il(s) reconnaît/reconnaissent et accepte/acceptent les «Conditions générales».

Lors d'un remboursement, les Conditions du compte de transfert (compte d'épargne etc.) sont applicables.

Placement à court terme:	Placement à long terme:
<input type="checkbox"/> 3 mois	<input type="checkbox"/> 2 ans
<input type="checkbox"/> 4 mois	<input type="checkbox"/> 3 ans
<input type="checkbox"/> 5 mois	<input type="checkbox"/> 4 ans
<input type="checkbox"/> 6 mois	<input type="checkbox"/> 5 ans
<input type="checkbox"/> 7 mois	<input type="checkbox"/> 6 ans
<input type="checkbox"/> 8 mois	<input type="checkbox"/> 7 ans
<input type="checkbox"/> 9 mois	<input type="checkbox"/> 8 ans
<input type="checkbox"/> 10 mois	<input type="checkbox"/> 9 ans
<input type="checkbox"/> 11 mois	<input type="checkbox"/> 10 ans
<input type="checkbox"/> 12 mois	
Montant min. de 250 000 CHF ; les montants plus élevés doivent être divisibles par 10 000.	Montant min. de 5 000 CHF ; les montants plus élevés doivent être divisibles par 1 000.

Montant en CHF _____

Début du placement _____

(Cette date se situe en général deux jours bancaires ouvrables après réception de la demande par la banque)

Le compte à débiter qui est indiqué ci-dessus doit être suffisamment approvisionné.

Date

Signature(s)

Merci de signer et retourner la demande d'ouverture à la succursale compétente (par E-Mail, courrier ou en la déposant à la succursale.

Section réservée à la banque:

Fait le: Date _____ Visa _____ Exonéré de l'impôt anticipé Taux d'intérêt _____