

CONTRATO DE ABERTURA DE CONTA DE PESSOA COLETIVA**Adesão Internet Banking do iib - IIBNET**

Nome do Utilizador: _____ Condições de Movimentação: _____
E-mail: _____

Nome do Utilizador: _____ Condições de Movimentação: _____
E-mail: _____

Nome do Utilizador: _____ Condições de Movimentação: _____
E-mail: _____

Nome do Utilizador: _____ Condições de Movimentação: _____
E-mail: _____

Condições específicas de Assinatura:**Identidade dos Titulares com Participação no Capital ou Direitos de Voto Igual ou Superior a 5%**

Nome/Denominação Social: _____
Nº Documento Identificação: _____ B.I C.N.I Pass NIF: _____ Participação: _____ %

Nome/Denominação Social: _____
Nº Documento Identificação: _____ B.I C.N.I Pass NIF: _____ Participação: _____ %

Nome/Denominação Social: _____
Nº Documento Identificação: _____ B.I C.N.I Pass NIF: _____ Participação: _____ %

Nome/Denominação Social: _____
Nº Documento Identificação: _____ B.I C.N.I Pass NIF: _____ Participação: _____ %

Nome/Denominação Social: _____
Nº Documento Identificação: _____ B.I C.N.I Pass NIF: _____ Participação: _____ %

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DE REPRESENTANTE

Os elementos aqui solicitados terão tratamento automatizado e destinam-se a integrar uma Base de Dados de Clientes para uso exclusivo do international investment bank, S.A., de outras Instituições de Crédito e Sociedades Financeiras integradas no âmbito de Supervisão em base consolidada a que está sujeito o international investment bank, S.A., com o fim de adequação do fornecimento de Produtos de Crédito a cada Cliente, Gestão de Crédito e outras Operações Bancárias, podendo o próprio ter acesso aos dados que sobre si constarem na referida Base, desde que o solicite, por escrito, ao Banco. O preenchimento deste impresso é obrigatório.

Preencha os espaços em letra de imprensa. Assinalar com um "X" os casos que se apliquem.

IDPN: N° Conta: N° Conta: _____
N° Pessoas do Contrato: _____ Agência: _____ Balcão: _____ Data: _____

(As zonas sombreadas são para o preenchimento do Banco)

Dados Pessoais

Novo Cliente Já foi Cliente Alteração Representante BE % _____

Qualidade da Representação: _____

Nome Completo: _____

Título Académico/Honorífico: _____

Morada de Residência Permanente: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____

País: _____

Filho de: (Pai) _____

Filho de: (Mãe) _____

+ _____
Telemóvel: _____

+ _____
Telefone: _____

Email: _____

Data de Nascimento: _____

Nacionalidade: _____

Sexo: M: F:

Estado Civil | Solteiro(a): Casado(a): União de Facto: Divorciado(a): Viúvo(a):

Regime de Casamento | Comunhão Geral de Bens: Comunhão de Adquiridos: Separação de Bens:

N° Documento Identificação: _____

B.I C.N.I Pass

Emissão: _____

Validade: _____

Emitido por: _____

NIF: _____

Morada Fiscal: *Preencher apenas no caso de ser diferente da morada da residência Permanente*

Localidade: _____

Código Postal: _____

País: _____

Residente: Emigrante: Não Residente:

Doc. ID Estrangeiro: _____

Outras Nacionalidades | Sim: Não: Países: _____

País: _____

Outras Residências Fiscais (*) | Sim: Não: Países: _____

País: _____

**Responder "Sim" apenas se tiver obrigações fiscais nos EUA, ou se tiver residência fiscal em país diferente de Cabo Verde. (obrigatório preenchimento e comprovativo do Nif do país em causa.)*

Permanência fora de Cabo Verde por mais de 183 dias durante o ano Fiscal? Sim: Não:

País: _____ Países: _____

Preencher obrigatório permanência tenha sido nos EUA.

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DE REPRESENTANTE

Dados Profissionais

Por conta de Outrem: Profissão: _____ Admissão: | | | | | | | |

Entidade Patronal: _____ Função: _____

Tipo de Contratação | Efectivo: A Prazo: Outro: _____Por conta própria | Industrial: Comerciante: Liberal: Outro: _____Outra Ocupação | Estudante: Doméstico(a): Reformado(a): Menor Idade: Outro: _____Tem rendimentos? (*) | Sim: Não: Empresário em nome Individual | Sim: Não: Denominação: _____

Salário Líquido mensal ou valor Rempe: (Para empresário em nome Individual)

| | | | | | | | Início Atividade:

Objeto: _____ CAE: _____ Volume de Negócios: _____

Formação Académica | Sem Formação: Ens. Primário: Ens. Secundário: Curso Técnico: Licenciatura / Pós-Graduação: Mestrado / Doutoramento: Outra: _____

Cargos Públicos*

Já Exerceu? (**) | Sim: Não: Qual _____Exerce? | Sim: Não: Qual _____Membro Próximo da Família | Sim: Não: Qual _____Associado Próximo | Sim: Não: Qual _____*Nos termos do número 2 do artigo 2.º da lei 120/VIII/2016 e dos artigos 2.º e 33º aviso 5/2017, do Banco de Cabo Verde.** Nos últimos 12 Meses.

Família

Nº de pessoas do agregado Familiar | _____

Nome do Cônjuge | _____

Data de Nascimento: | | | | | | | | Sexo: M: F: *Não preencher caso seja representante da Conta.

Origem do Património

Gestão de Quotidiano: Gestão de Investimento: Outra: _____

Origem dos fundos a Movimentar:

Rendimentos do trabalho ou de Pensões: Rendimentos Comerciais, Industriais ou Agrícolas: Rendimentos Prediais: Rendimentos de Capitais / Mobiliários: Herança: Prémios:

Outras: _____

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DE BENEFICIÁRIO EFETIVO

Os elementos aqui solicitados terão tratamento automatizado e destinam-se a integrar uma Base de Dados de Clientes para uso exclusivo do international investment bank, S.A., de outras Instituições de Crédito e Sociedades Financeiras integradas no âmbito de Supervisão em base consolidada a que está sujeito o international investment bank, S.A., com o fim de adequação do fornecimento de Produtos de Crédito a cada Cliente, Gestão de Crédito e outras Operações Bancárias, podendo o próprio ter acesso aos dados que sobre si constarem na referida Base, desde que o solicite, por escrito, ao Banco. O preenchimento deste impresso é obrigatório.

Preencha os espaços em letra de imprensa. Assinalar com um "X" os casos que se apliquem.

| | | |
|--------------------------------------|----------------|---------------|
| _____ | _____ | _____ |
| IDPN: | Nº Conta: | Nº Conta: |
| Nº Pessoas do Contrato: _____ | Agência: _____ | Balcão: _____ |
| Percentagem de Participação: _____ % | | Data: _____ |

Dados Pessoais do Beneficiário Efetivo

| | | | |
|--|--|------------------------------------|---|
| Nome Completo: _____ | | Título Académico/Honorífico: _____ | |
| Morada de Residência Permanente: _____ | | | |
| Localidade: _____ | Código Postal: _____ | País: _____ | |
| Filho de: (Pai) _____ | Filho de: (Mãe) _____ | | |
| Telemóvel: _____ | Telefone: _____ | Email: _____ | |
| Data de Nascimento: _____ | Naturalidade: _____ | Nacionalidade: _____ | Sexo: M: <input type="radio"/> F: <input type="radio"/> |
| Estado Civil Solteiro(a): <input type="radio"/> Casado(a): <input type="radio"/> União de Facto: <input type="radio"/> Divorciado(a): <input type="radio"/> Viúvo(a): <input type="radio"/> | | | |
| Regime de Casamento Comunhão Geral de Bens: <input type="radio"/> Comunhão de Adquiridos: <input type="radio"/> Separação de Bens: <input type="radio"/> | | | |
| Nº Documento Identificação: _____ | B.I <input type="radio"/> C.N.I <input type="radio"/> Pass <input type="radio"/> | Emissão: _____ | Validade: _____ |
| Emitido por: _____ | NIF: _____ | | |
| Morada Fiscal: _____ | Localidade: _____ | Código Postal: _____ | |
| <i>Preencher apenas no caso de ser diferente da morada da residência Permanente</i> | | | |
| Residente: <input type="radio"/> Emigrante: <input type="radio"/> Não Residente: <input type="radio"/> | Doc. ID Estrangeiro: _____ | | |
| Outras Nacionalidades Sim: <input type="radio"/> Não: <input type="radio"/> | País: _____ | País: _____ | |
| Outras Residências Fiscais (*) Sim: <input type="radio"/> Não: <input type="radio"/> | | | |
| <i>*Responder "Sim" apenas se tiver obrigações fiscais nos Eua, ou se tiver residência fiscal em país diferente de Cabo Verde. (obrigatório preenchimento e comprovativo do Nif do país em causa.)</i> | | | |
| Permanência fora de Cabo Verde por mais de 183 dias durante o ano Fiscal? Sim: <input type="radio"/> Não: <input type="radio"/> | | | |
| País: _____ | País: _____ | | |
| <i>Preencher obrigatório permanência tenha sido nos EUA.</i> | | | |

Família

| | |
|---|---|
| Nº de pessoas do agregado Familiar _____ | |
| Nome do Cônjuge _____ | |
| Data de Nascimento: _____ | Sexo: M: <input type="radio"/> F: <input type="radio"/> |
| <i>*Não preencher caso seja representante da Conta.</i> | |

International Investment Bank (iib)
DECLARAÇÃO – CLIENTE EMPRESA

* O(s) Cliente(s) assume(m) inteira responsabilidade pela autenticidade das informações prestadas e dos documentos submetidos para efeitos de Abertura de Conta. Os Clientes igualmente comprometem-se a ressarcir o Banco por qualquer perda sofrida como resultado de qualquer informação falsa ou erro nas informações fornecidas ao Banco.

* O(s) Cliente(s) declara(m) ter(em) conhecimento que o Contrato de Abertura de Conta é composto pela Ficha de Assinaturas, pelo Contrato de Abertura de Conta da Pessoa Coletiva, pela Ficha de Caracterização de Representante, pela Ficha de Caracterização de Beneficiário Efetivo, pela Declaração, pela Ficha de Informação Normalizada e pelas Condições Gerais do Contrato de Abertura de Conta.

* O(s) Cliente(s) declara(m) igualmente ter(em) tomado conhecimento da totalidade das cláusulas que constituem as Condições Gerais do Contrato de Abertura de Conta (Versão N°1 de 16/06/2020), concordando e aceitando a totalidade do seu conteúdo.

Para efeitos de Análise do Risco de Crédito, o(s) Cliente(s) declara(m) autorizar a obtenção dos elementos que sobre si constarem na Central de Responsabilidades de Crédito, junto do Banco de Cabo Verde. Mais declara(m) ter(em), nesta data, tido conhecimento que o Preçário Geral do Banco atualmente em vigor encontra-se publicado em <https://www.iibanks.com>.

Local: _____

Data:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Assinatura(s) do(s) Representante(s) do Cliente, com Indicação da Qualidade em que Assinam, que deverá ser comprovada por documento válido e suficiente para o efeito.

Promotor

Nome Completo: _____

NIF:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nº Conta:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

+ _____ Telemóvel: _____

Email: _____

Gestor

Nº Operador: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Data:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Conferi os dados constantes neste documento por comparação com os documentos originais.

Área Operacional

Nº Operador: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Data:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Conferi os dados constantes neste documento por comparação com os documentos originais.