

FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE**Renseignements sur le client**

N° du régime

N° de client

Nom de famille

Prénom

NAS

Nouvelle adresse

Adresse

Ville

Province

Code postal

Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)

No de tél. de la résidence

Adresse postale si différent

Adresse

Ville

Province

Code postal

Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)

Signatures

Je reconnais/nous reconnaissons par la présente que les renseignements figurant ci-dessus sont à jour et exacts, et que les directives mentionnées entrent en vigueur immédiatement. MWC Corporation peut par conséquent se fier à ces renseignements, à moins de recevoir un avis signalant des changements importants. Je comprends/nous comprenons que chacun des fonds communs de placement est vendu en étant accompagné d'un prospectus, et que je dois/nous devons obtenir un exemplaire des prospectus pertinents, et lire et comprendre le contenu de chacun d'eux avant d'investir dans les fonds en question.

Signature du client

Date (AAAA/MM/JJ)

Signature du représentant

Date (AAAA/MM/JJ)

Code du rep.