

Fonds ING DIRECT Limitée

Transfert de Compte non enregistré



ING DIRECT

Fonds communs de placement

Veillez remplir un formulaire pour chaque institution financière.

Renseignements sur le transfert

Vos renseignements personnels :

Nom : _____

Adresse : _____

RUE N° APP.

VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Téléphone : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____ NAS : _____

JJ MM AA

N° de Client : _____ N° de Compte : _____

Institution financière cédante :

Nom : _____

Adresse : _____

RUE N° APP.

VILLE PROVINCE CODE POSTAL

N° de Compte : _____

Institution cessionnaire :

Fonds ING DIRECT Limitée

103-111, ch Gordon Baker

Toronto, Ontario M2H 3R1

Téléphone : 1 888 600-6161

Télécopieur : 1 877 464-7797

COURTIER / REPRÉSENTANT N° 7650-0000

Directives

Madame, Monsieur,

J'autorise par la présente l'institution financière cédante à faire parvenir à Fonds ING DIRECT Limitée le(les) compte(s) détenus en mon nom, et que Fonds ING DIRECT Limitée reçoive ce/ces compte(s). Ces directives son assujetties à l'approbation de Fonds ING DIRECT Limitée.

Je souhaite changer l'administration de mon(mes) compte(s) non enregistrés ci-dessous. Veuillez transférer l'administration de mon(mes) compte(s) à : **Fonds ING DIRECT Limitée - Courtier/Représentant N° 7650-000.**

Veillez indiquer le(les) numéro(s) de compte(s) et le Nom du(des) Fonds de l'institution financière cédante :

TRANSFERTS EN ESPÈCES SEULEMENT

Nom du Fonds de l'institution cédante :	En totalité	Montant :	Directives pour le placement :
_____	<input type="checkbox"/> ou	_____ \$	Nom du Fonds : _____ Choix de placement (\$) : _____ Fonds à viser, catégorie revenu équilibré
_____	<input type="checkbox"/> ou	_____ \$	Fonds à viser, catégorie équilibré
_____	<input type="checkbox"/> ou	_____ \$	Fonds à viser, catégorie croissance équilibrée
_____	<input type="checkbox"/> ou	_____ \$	Fonds à viser, catégorie fonds d'actions croissance

Veuillez annuler tout programme de cotisation ou de retraits préautorisés qui sont présentement en cours pour les fonds communs de placement faisant partie de ce(ces) compte(s).

Reconnaissance et consentement. En apposant ma (nos) signature(s) ci-dessous, j'accepte (nous acceptons) que :

Dans l'éventualité où, pour quelle que raison que ce soit, un des fonds communs de placement ne peut pas être envoyé à Fonds ING DIRECT Limitée conformément aux présentes directives, je demande (nous demandons) que l'institution financière cédante en informe immédiatement par écrit Fonds ING DIRECT Limitée, indiquant le(les) Fonds en question et la raison pour laquelle le transfert ne peut être complété.

J'autorise (Nous autorisons) également Fonds ING DIRECT Limitée à agir en mon (nos) nom(s) afin de régler avec l'institution cédante toute différence ou ajustement relativement au compte pouvant résulter de cette demande de transfert.

Nom du Client : _____

Nom du cotitulaire de Compte : _____

Signature du Client : X _____

Signature du cotitulaire de Compte : X _____

Date : _____

Date : _____