



UNDERTAKING AND INDEMNITY

IF YOUR PAYMENT HAS NOT BEEN CREDITED TO THE ACCOUNT DESIGNATED ON THE ENROLLMENT FORM, PLEASE COMPLETE THIS FORM IN INK AND HAVE SOMEONE WHO IS NOT A RELATIVE WITNESS YOUR SIGNATURE.

To: The Receiver General for Canada:

Account Number / S.I.N.

This is to certify that I, _____
Full Name of Payee

have not received benefit of any kind from payment number, _____
Payment Number

dated _____ or any payment for _____
Amount/Currency

covering _____

and as the said payment has not been credited to my account as designated on the enrollment form, I believe the said payment to be lost.

I undertake that should I ever receive benefit of any kind whatsoever, from the said original payment, to return to the Receiver General for Canada the full amount of the said original payment and if a cheque is issued in place of the said original payment referred to above to indemnify and save harmless Her Majesty in right of Canada from any loss or expense incurred.

Signature of Payee		Signature of Witness	
_____	_____	_____	_____
Signature	Date	Signature	Date

Name and Address of Payee

Name and Address of Witness



ENGAGEMENT ET GARANTIE

SI UN PAIEMENT N'A PAS ÉTÉ PORTÉ AU COMPTE INDIQUÉ SUR LA FORMULE D'INSCRIPTION QUE VOUS AVEZ REMPLIE, VEUILLEZ REMPLIR LA PRÉSENTE À L'ENCRE ET DEMANDER À UNE PERSONNE AVEC LAQUELLE VOUS N'AVEZ AUCUN LIEN DE PARENTÉ DE SERVIR DE TÉMOIN.

Au : Receveur général du Canada :

 Numéro de compte / NAS

Je soussigné(e), _____

 Nom du(de la) bénéficiaire

certifie n'avoir retiré aucun avantage du paiement numéro _____

 Numéro de paiement

daté le _____ ni d'un paiement quelconque de _____ en paiement

 Montant/Devise

de _____

et je crois que, ledit paiement n'ayant pas été porté au compte indiqué sur la formule d'inscription, il a été perdu.

Je m'engage à rembourser au Receveur général du Canada le plein montant du paiement si jamais j'en retire un avantage quelconque, et au cas où un chèque serait émis en remplacement du paiement original, je m'engage à tenir Sa Majesté du chef du Canada indemne et à couvert de tous frais et de toute perte se rapportant au dit paiement original.

Signature du(de la) bénéficiaire

Signature du témoin

Signature

Date

Signature

Date

Nom et adresse du bénéficiaire

Nom et adresse du témoin

