



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:

This is to certify that I, \_\_\_\_\_ Full name of payee

have not received benefit of any kind from payment number, \_\_\_\_\_

dated \_\_\_\_\_ or any payment for \$ \_\_\_\_\_ 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 in connection therewith.

Witness

Payee

Signed \_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Address of Issuing Services Office



**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 :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
Nom du (de la) bénéficiaire

certifie n'avoir retiré aucun avantage du paiement numéro \_\_\_\_\_

daté le \_\_\_\_\_ ni d'un paiement quelconque de \_\_\_\_\_ \$ en paiement 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.

<b>Témoïn</b>	<b>Bénéficiaire</b>
Signature _____	Signature _____
Adresse _____	Adresse _____
Date _____	Date _____

Adresse du bureau émetteur de services