

AFFIDAVIT DE PERTE / CONTRAT D'INDEMNITÉEXHIBITS B ET CPROVINCE DE
DISTRICT DE

Le soussigné (ci-après appelé collectivement le "Déclarant/Garant" qu'il soit un ou plusieurs), étant dûment assermenté, déclare et dit que:

(1) Le Déclarant/Garant est majeur et son adresse est:

et il est propriétaire ou agit en tant que représentant ou fiduciaire relativement à certaines valeurs mobilières (décrire le genre de valeurs mobilières, numéro d'identification, nombre d'actions ou valeur nominale):

Émises par:

(ci-après appelé(e) la "Corporation émettrice") et immatriculées au nom de:

(2) Le Déclarant/Garant ajoute que la ou les valeurs mobilières ci-haut décrites (ci-après appelées "l'Original", qu'il y en ait une ou plusieurs) ont été perdues, volées, détruites ou égarées dans les circonstances suivantes:

(3) Ledit Original était/n'était pas (encercler S.V.P.) endossé. (S'il était endossé, décrire le genre d'endossement et indiquer si la signature était garantie).

(4) Le Déclarant/Garant a fait ou a fait faire des recherches raisonnables en vue de retrouver l'Original mais a été incapable de le retrouver ou de le récupérer; et le Déclarant/Garant était le propriétaire absolu de l'Original au moment de la perte et a droit à la possession entière et exclusive dudit Original; ni l'Original ni les droits du Déclarant/Garant dans ou sur l'Original n'ont été, en tout ou en partie, cédés, transférés, hypothéqués, mis en gage ou autrement aliénés en aucune manière, et aucune personne, firme ou corporation autre que le Déclarant/Garant n'a aucun droit, titre, réclamation ou intérêt dans, sur ou relativement à l'Original ou à ses produits, sauf en ce qui est énoncé dans le paragraphe (5) ci-dessous.

(5) (Si l'intérêt du Déclarant/Garant dans l'Original provient de sa qualité de représentant ou de fiduciaire, indiquer ci-dessous cette qualité, i.e. administrateur, exécutif, etc., et le nom de la succession comme suit):

Le Déclarant/Garant est

de la succession de:

(Indiquer les noms de toutes les personnes ayant un intérêt dans l'Original. Les indiquer ci-dessous avec la nature de leur intérêt, soit en tant qu'héritier, légataire, etc.).

NOM

INTÉRÊT

(Chaque héritier, légataire, etc., ayant un intérêt dans l'Original doit signer un contrat d'indemnité.).

(6) Le Déclarant/Garant souscrit le présent affidavit de perte/contrat d'indemnité en vue de demander et d'inciter la Corporation émettrice et ses agents à émettre de nouvelles valeurs mobilières en remplacement de l'Original, et d'inciter **LA COMPAGNIE TRAVELERS GARANTIE DU CANADA / TRAVELERS GUARANTEE COMPANY OF CANADA** à assumer en vertu de son cautionnement toute responsabilité pouvant en découler.

EN CONSÉQUENCE, en considération du fait que **LA COMPAGNIE TRAVELERS GARANTIE DU CANADA / TRAVELERS GUARANTEE COMPANY OF CANADA** assume en vertu de son cautionnement toute responsabilité en faveur de la Corporation émettrice et de ses agents, le soussigné (conjointement et solidairement si plus d'un), s'engage par les présentes à indemniser et à mettre à couvert **LA COMPAGNIE TRAVELERS GARANTIE DU CANADA / TRAVELERS GUARANTEE COMPANY OF CANADA**, en tout temps, relativement à toutes responsabilités, pertes, dommages, jugements, frais, charges, frais de consultation et relativement à tout genre de dépenses qui pourront être encourues en raison du fait que **LA COMPAGNIE TRAVELERS GARANTIE DU CANADA / TRAVELERS GUARANTEE COMPANY OF CANADA** assume en vertu de son cautionnement.

(7) Si ledit Original revenait en sa possession, garde ou contrôle, le Déclarant/Garant s'engage à le remettre immédiatement et sans indemnité à la Corporation émettrice, ses agents de transfert, ses agents de souscription, fiduciaires ou à **LA COMPAGNIE TRAVELERS GARANTIE DU CANADA / TRAVELERS GUARANTEE COMPANY OF CANADA** pour annulation.

(8) Signé, scellé et daté _____ 200_____.

Signature du Déclarant/Garant

Nom dactylographié: _____

Assermenté devant moi ce _____ jour de _____ 200_____, en la Ville de _____ en la province de _____,

Canada, a paru personnellement devant moi _____

que je connais comme étant la(les) personne(s), et identifiée(s) comme telle(s) décrite(s) plus haut, qui a signé cet affidavit de perte/contrat d'indemnité, et elle(s) a(ont) reconnu avoir signé ce document pour le but indiqué à l'article six (6) ci-haut, et dûment assermenté(es), a(ont) déclaré que les information contenues dans ce document sont véridiques.

COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

(Apposer le sceau)

Nom en lettres moulées: _____

Adress: _____

La commission expire: _____

Signature du Déclarant/Garant

Nom dactylographié: _____