



Government
Gouvernement

SALESPERSON RENEWAL FORM

INSURANCE ACT

RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE DE VENDEUR

LOI SUR LES ASSURANCES

- Name:
Nom : _____
- Address:
Adresse : _____
- Business telephone:
Téléphone au bureau : _____
- Residence telephone:
Téléphone à la maison : _____
- Email address:
Adresse électronique : _____
- Name of insurance agent or broker for whom you have been duly appointed to act as a salesperson in Yukon:
Nom de l'agent ou du courtier d'assurance pour qui vous êtes dûment autorisé à agir comme vendeur au Yukon : _____
- Classes of insurance you wish to solicit:
Catégories d'assurances visées : _____

8. Fees: Droits :	Resident Résident	Non-Resident Non-résident	Resident Résident	Non-Resident Non-résident
<input type="checkbox"/>	Travel \$5.00 Voyage 5 \$	<input type="checkbox"/>	Travel \$5.00 Voyage 5 \$	<input type="checkbox"/>
			General \$25.00 I.A.R.D. 25 \$	<input type="checkbox"/>
				General \$50.00 I.A.R.D. 50 \$

Please forward your application and fees to our office by **September 30** so that your licence can be renewed:
Les demandes accompagnées des droits doivent nous parvenir au plus tard le **30 septembre** pour que la licence soit renouvelée.

Consumer Services, C-5
Box 2703
Whitehorse, Yukon Y1A 2C6

or

Consumer Services, C-5
2130 Second Avenue
Whitehorse, Yukon Y1A 5H6

Services aux consommateurs, C-5
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

ou

Services aux consommateurs, C-5
2130, Deuxième Avenue
Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,
Veuillez libeller votre chèque au nom du gouvernement du Yukon ou fournir les informations demandées ci-dessous :

Visa _____	Expiry _____	Signature _____
Visa _____	Expiration _____	Signature _____
Mastercard _____	Expiry <small>mm/yy</small> _____	Signature _____
Mastercard _____	Expiration <small>mm/aa</small> _____	Signature _____

Please contact Consumer Services at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail consumer@gov.yk.ca for inquiries.
Si vous avez des questions, communiquez avec les Services aux consommateurs par téléphone au (867) 667-5111, par télécopieur au (867) 667-3609 ou par courriel à consumer@gov.yk.ca.

AGREEMENT OF APPLICANT • DÉCLARATION DU DEMANDEUR

The undersigned hereby certify that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge. I hereby undertake to notify the Government of Yukon in writing of any change.

Je, soussigné, certifie par les présentes que les informations fournies ci-dessus sont autant que je sache véridiques et exactes. Il est entendu que si des changements doivent être apportés, j'aviserai le gouvernement du Yukon par écrit sans tarder.

Dated at _____, this _____ day of _____, 20____.
Fait à _____, ce _____ jour de/d' _____, 20____.

Signature of Applicant • Signature du demandeur

Personal information contained on this form is collected under the *Insurance Act* and will be used for the purpose of administering the Act. For further information, contact the Superintendent of Insurance at (867) 667-5111, toll free within Yukon 1-800-661-0408, ext. 5111

Les renseignements personnels demandés dans les présentes sont recueillis en vertu de la Loi sur les assurances et serviront exclusivement à l'administration de la Loi. On peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet en communiquant avec le surintendant des assurances au (867) 667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.

APPOINTMENT OF APPLICANT

I hereby certify that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge. I agree that _____

shall be employed by _____ on a salary basis only, and shall not be paid any commission or bonus based on production.

If and when the employment of this salesperson is terminated, written notice thereof will be given to the Superintendent of Insurance, together with the reason, and the licence will be returned to the Superintendent of Insurance.

Dated at _____, this _____ day of _____, 20____.
Fait à _____, ce _____ jour de/d' _____, 20____.

Signature of Employer • *Signature de l'agent de l'employeur*

Please print name • *Nom en lettres moulées*

NOMINATION DU DEMANDEUR

Je certifie par les présentes que les informations fournies dans la demande ci-jointe sont autant que je sache véridiques et exactes. Il est convenu que _____

sera à l'emploi de _____ et touchera exclusivement un salaire fixe auquel ne s'ajoutera aucune commission ni prime sur le rendement.

S'il est mis fin à l'emploi du vendeur, un avis écrit indiquant les raisons justifiant cette décision sera envoyé au surintendant des assurances accompagné de la licence du vendeur.

Position Held • *Poste occupé*