



Government
Gouvernement

RENEWAL
SALESPERSON
INSURANCE ACT

RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE DE VENDEUR
LOI SUR LES ASSURANCES

1. Name:
Nom : _____
2. Address:
Adresse : _____
3. Business telephone:
Téléphone au bureau : _____
4. Residence telephone:
Téléphone à la maison : _____
5. Email address:
Courriel : _____
6. Name of insurance agent or broker for whom you have been duly appointed to act as a salesperson in Yukon:
Nom de l'agent¹ ou du courtier d'assurance pour qui vous êtes dûment autorisé à agir comme vendeur au Yukon : _____
7. Classes of insurance you wish to solicit:
Catégories d'assurance visées : _____

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 Yukon Superintendent of Insurance in writing of any change.

Je soussigné certifie par les présentes que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, vrais et exacts. Si des changements devaient être apportés à mon dossier, je m'engage à en informer par écrit le surintendant des assurances.

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

Signature of Applicant • Signature du demandeur

8. Fees
Droits

General Insurance • Assurance dommages Resident \$25 • Résident 25 \$ Non Resident \$50 • Non-résident 50 \$

Travel Insurance • Assurance voyage Resident \$5 • Résident 5 \$ Non Resident \$5 • Non-résident 5 \$

Travel Agency Only - Must be an employee of travel agent licensed to sell travel insurance

Agence de voyage seulement - doit être un employé de l'agent de voyage titulaire d'une licence l'autorisant à vendre de l'assurance voyage

Important Note: Professional Licensing and Regulatory Affairs will **NOT** accept payment by email or fax.
Remarque importante : *Accréditation professionnelle et affaires réglementaires N'ACCEPTERA PAS de paiement par courriel ou télécopier.*

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or complete payment information form YG5924 at: http://www.gov.yk.ca/forms/forms/5000/yg5924_e.pdf
Veuillez libeller votre chèque au nom du gouvernement du Yukon ou remplir le formulaire de paiement par carte de crédit YG5924,
au : http://www.gov.yk.ca/forms/forms/5000/yg5924_f.pdf

Please return your documents and fees to:

Mail: Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5
Box 2703, Whitehorse, Yukon Y1A 2C6
or
Courier or Dropoff: Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5
307 Black Street, Whitehorse, Yukon Y1A 2N1

Veillez faire parvenir votre dossier accompagné des droits réglementaires à :

Par la poste :
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Par messagerie ou en personne :
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
307, rue Black, Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1

Please contact Professional Licensing and Regulatory Affairs at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail PLRA@gov.yk.ca for inquiries.
Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Accréditation professionnelle et affaires réglementaires : par téléphone, au 867-667-5111;
par télécopieur, au 867-667-3609; par courriel, à PLRA@gov.yk.ca

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 fournis 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'employeur*

Please print name • *Nom en lettres détachées*

NOMINATION DU DEMANDEUR

Je certifie par les présentes que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

Il est convenu que _____

sera au service 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*