



Government  
Gouvernement

# INSURANCE AGENT RENEWAL FORM

INSURANCE ACT

## DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'AGENT

LOI SUR LES ASSURANCES

**Non Residents** must attach a letter of good standing from the jurisdiction you are currently licensed in.

**Les non-résidents** doivent annexer une lettre attestant du fait qu'ils sont en règle dans la région administrative où ils exercent en vertu d'une licence.

1. Name:

Nom : \_\_\_\_\_

2. Business address:

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

3. Business telephone:

Téléphone au bureau : \_\_\_\_\_

4. Residence telephone:

Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_

5. Email address:

Courriel : \_\_\_\_\_

6. Business name (if any)

Nom de la société (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

7. Classes of insurance applied for (list all Insurance Company names in full):

Catégories d'assurance visées (donnez le nom de l'assureur au complet) :

General, to represent:  
I.A.R.D., comme représentant de : \_\_\_\_\_

Accident and Sickness (only), to represent:  
Accidents et maladie, comme représentant de : \_\_\_\_\_

Life (including Accident & Sickness), to represent:  
Vie (y compris accidents et maladie) comme représentant de : \_\_\_\_\_

Travel, to undertake only travel, accident and sickness insurance incidental to/or as part of the normal business of a travel agent; to represent:  
Voyage, pour faire souscrire une assurance-voyage, assurance-accident ou assurance-maladie uniquement en relation directe ou accessoire avec les affaires normales d'un agent de voyage, comme représentant de : \_\_\_\_\_

**Attach list of companies if more than one.**

**Utilisez une feuille séparée au besoin pour énumérer tous les assureurs.**

List additional new companies you wish to represent, please attach a letter of recommendation and authorization from each new insurer.

Indiquez les nouveaux assureurs que vous envisagez représenter, et faites joindre la demande d'une recommandation et d'une autorisation de chacun d'eux.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Have you or any directors, partners or officers of the firm, partnership or corporation, as the case may be, in the last year;

Est-ce que vous ou l'un des administrateurs, associés ou dirigeants de l'entreprise, de la société de personnes ou de la société de capitaux, selon le cas, avez durant la dernière année :

a) been involved in any civil court or bankruptcy, in any jurisdiction? No  Yes   
été impliqué dans une procédure de faillite ou des procédures devant un tribunal civil dans quelque région administrative que ce soit? Non  Oui

If yes please provide details:

Dans l'affirmative, expliquez : \_\_\_\_\_

### DECLARATION OF APPLICANT • DÉCLARATION DU DEMANDEUR

**I 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 material change.**

*Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont autant que je sache véridiques 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 • Signature \_\_\_\_\_

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.

Fees:

Droits :

**Resident**  
**Résident**

Life (including A & S) \$100.00  
*Vie (y compris a. et m.) 100 \$*

General \$50.00  
*I.A.R.D. 50 \$*

Accident & Sickness \$50.00  
*Accidents et maladie 50 \$*

Travel \$5.00  
*Voyage 5 \$*

**Non-Resident**  
**Non-résident**

Life (including A & S) \$200.00  
*Vie (y compris a. et m.) 200 \$*

General \$100.00  
*I.A.R.D. 100 \$*

Accident & Sickness \$100.00  
*Accidents et maladie 100 \$*

Travel \$5.00  
*Voyage 5 \$*

Please ensure your application, fees and letter of standing from your home jurisdiction are received in our office by **September 30** so that your licence can be renewed.

*Les demandes accompagnées des droits et d'une lettre attestant que vous êtes en règle dans votre région administrative d'attache 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) Y15 5H6*

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,

*Veillez libeller votre chèque au nom du gouvernement du Yukon ou fournir les informations demandées ci-dessous :*

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

Please contact Consumer Services at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail [consumer@gov.yk.ca](mailto: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](mailto:consumer@gov.yk.ca).*