



Government  
Gouvernement

# ADJUSTER RENEWAL FORM

INSURANCE ACT

## RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'EXPERT EN SINISTRES

LOI SUR LES ASSURANCES

1. Name of Applicant: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

2. Representing: \_\_\_\_\_  
Représentant : \_\_\_\_\_

4. Business telephone: \_\_\_\_\_ Residence telephone: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_  
Téléphone au bureau : \_\_\_\_\_ Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

5. Have you or any directors, partners or officers of the firm, partnership or corporation, as the case may be:  
*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? If yes, please provide details:  
*été impliqué dans une procédure de faillite ou des procédures devant un tribunal civil dans quelque région administrative que ce soit? Dans l'affirmative, expliquez :*

6. List other jurisdictions where you are currently licensed as an adjuster:  
*Indiquez toutes les autres régions administratives où vous êtes autorisé à exercer comme expert en sinistres :*

<b>Fees:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Resident</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non-Resident</b>	
<b>Droits :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Résident</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non-résident</b>	
<input type="checkbox"/> First Partner or Designated Officer	\$75.00	<input type="checkbox"/> First Partner or Designated Officer	\$150.00
<i>Premier associé ou agent désigné</i>	<i>75 \$</i>	<i>Premier associé ou agent désigné</i>	<i>150 \$</i>
<input type="checkbox"/> Additional Partners/Employees	\$10.00	<input type="checkbox"/> Additional Partners/Employees	\$20.00
<i>Autres associés / employés</i>	<i>10 \$</i>	<i>Autres associés / employés</i>	<i>20 \$</i>
Total:		Total:	
Total : _____		Total : _____	

Please forward your application and fees to our office by **September 30** so that your licence can be renewed:  
*Les demandes accompagnées des droits réglementaires 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
<i>Services aux consommateurs, C-5 C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6</i>	<i>ou</i>	<i>Services aux consommateurs, C-5 2130, Deuxième Avenue Whitehorse (Yukon) Y15 5H6</i>

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

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.*

### 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 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  
YG(5134Q)F1 Rev. 05/2004

*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.*