

NOTICE OF APPOINTMENT OF INSURANCE SALESPERSON
INSURANCE ACT
AVIS DE NOMINATION D'UN VENDEUR D'ASSURANCE
LOI SUR LES ASSURANCES

To the Superintendent of Insurance:
Au surintendant des assurances :

Please note that _____ of
Veillez être avisé que _____ de
Name of Applicant • *Nom du demandeur*

is hereby authorized to act as a salesperson for
est par les présentes autorisé à agir à titre de vendeur pour _____

Name of Agent or Broker • *Nom de l'agent ou du courtier*

and duly authorized to carry on business in Yukon.

et est dûment autorisé à faire affaire au Yukon.

The record of the applicant has been investigated and I hereby recommend that person as a person sufficiently trustworthy and competent to entitle that person to receive a licence to act as an insurance salesperson for general insurance.

Les antécédents du demandeur ont fait l'objet d'une enquête et j'atteste par les présentes qu'il s'agit d'une personne suffisamment fiable et compétente pour avoir le droit d'obtenir une licence de vendeur d'assurance pour toutes les catégories d'assurance sauf l'assurance-vie.

All statements and answers contained in the foregoing application are true and correct to the best of my knowledge, information, and belief.

Toutes les déclarations et réponses contenues dans la demande ci-jointe sont exactes et véridiques autant que je sache et que je le crois.

I agree that this applicant shall be employed on a salary basis only, and shall not be paid any commission or bonus based on production.

Il est entendu que le demandeur sera employé contre rémunération seulement et qu'aucune commission ou prime fondée sur le rendement ne lui sera versée.

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

Si l'emploi du vendeur prend fin, un avis écrit à cet égard sera transmis au surintendant des assurances, avec indication du motif, et la licence sera renvoyée au surintendant des assurances.

Name • PLEASE PRINT
Nom • EN LETTRES MOULÉES

Name • SIGNATURE
Nom • SIGNATURE

Date • *Date*

Official or Representative Capacity
Personne autorisée à signer

Please return your documents and fees to:

Please make your cheques payable to the Government of Yukon

The Superintendent of Insurance
Consumer Services, C-5
P.O. Box 2703, Whitehorse, YT Y1A 2C6

OR

Consumer Services, C-5
307 Black Street
Whitehorse, YT Y1A 2N1

Veillez faire parvenir votre dossier accompagné des droits réglementaires à :

(Libellez votre chèque au nom du gouvernement du Yukon)
Services aux consommateurs, C-5
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

ou

Services aux consommateurs, C-5
307, rue Black
Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1