



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 :

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