

Au surintendant des assurances :

Je soussigné, _____, PRÉNOM(S) ET NOM DE FAMILLE COMPLETS

déclare sous serment que les chiffres ci-après correspondent véritablement aux montants d'assurance qu'ont fait souscrire mes assureurs non titulaires d'une licence pour le mois se terminant le _____ 20 ____ .

Renseignements sur le demandeur				
Nom de famille légal		Prénom légal		Second prénom légal
Autres noms utilisés			Numéro de police	
Courriel			Téléphone	
Adresse postale		Ville/Localité	Prov./Terr.	Code postal Pays
Adresse municipale <i>(si elle diffère de l'adresse postale)</i>		Ville/Localité	Prov./Terr.	Code postal Pays
Date où l'assurance a été souscrite AAAA/MM/JJ		Catégorie d'assurance		Montant d'assurance souscrite Prime
Durée de l'assurance		Prime brute versée		Taxe de 2 % sur l'assurance
Biens assurés			Emplacement des biens	
Nom de l'assureur non titulaire d'une licence qui a fait souscrire l'assurance				
Adresse de l'assureur non titulaire d'une licence qui a fait souscrire l'assurance				
Assermenté devant moi à _____ au _____ le _____ 20 ____ .				
Notaire public			Demandeur	
Signature du notaire public			Signature du demandeur	
Expiration de mon mandat				
(Sceau)				

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués en vertu de la *Loi sur les assurances*. Ils seront utilisés aux fins d'application de cette loi et de ses règlements connexes, et en vue de déterminer l'admissibilité à l'inscription et de maintenir à jour un registre public. Ils serviront également à des fins de recherche et de statistiques en ce qui a trait aux ressources humaines dans le domaine de la santé. Dans ce dernier cas, l'identité des personnes ne sera pas divulguée. Pour en savoir plus sur la collecte de ces renseignements, veuillez contacter la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires du ministère des Services aux collectivités, gouvernement du Yukon, par la poste : C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6; par téléphone : 867-667-5111; par courriel : insurance.plra@gov.yk.ca.