

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE SIGNATURES



Faire parvenir au :

Surintendant des assurances
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Surintendant des assurances
Tél. : 867-920-3423

Adresse municipale :

YK Centre, 4922,
48^e Rue, 3^e étage
Yellowknife NT X1A 1N2

Adresse postale :

YK Centre, C. P. 1320,
Yellowknife NT X1A 2L9

Permis et observation des
normes
Tél. : 867-920-8056

Téléc. : 867-873-0325

L'objectif du présent formulaire est de permettre au Bureau du surintendant des assurances de vérifier l'authenticité des signatures des représentants autorisés d'un assureur lorsqu'une signature est exigée lors d'une demande ou d'un dépôt.

Nom de la compagnie :

1. **Ajouter** **Supprimer**

Date d'entrée en vigueur : _____

Nom complet : _____

Adresse de
l'entreprise : _____

Fonction : _____

Courriel de
l'entreprise : _____

Nº de tél. de
l'entreprise : _____ poste : _____

Signature de référence : 

2. **Ajouter** **Supprimer**

Date d'entrée en vigueur : _____

Nom complet : _____

Adresse de
l'entreprise : _____

Fonction : _____

Courriel de
l'entreprise : _____

Nº de tél. de
l'entreprise : _____ poste : _____

Signature de référence : 

3. **Ajouter** **Supprimer**

Date d'entrée en vigueur : _____

Nom complet : _____

Adresse de
l'entreprise : _____

Fonction : _____

Courriel de
l'entreprise : _____

Nº de tél. de
l'entreprise : _____ poste : _____

Signature de référence : 

4. **Ajouter** **Supprimer**

Date d'entrée en vigueur : _____

Nom complet : _____

Adresse de
l'entreprise : _____

Fonction : _____

Courriel de
l'entreprise : _____

Nº de tél. de
l'entreprise : _____ poste : _____

Signature de référence : 

Fonction

Nom du dirigeant

Signature du dirigeant autorisé de l'assureur