

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

Télé. : 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 <input type="checkbox"/>	Supprimer <input type="checkbox"/>	Date d'entrée en vigueur : _____
Nom complet : _____		Adresse de l'entreprise : _____	
Fonction : _____		Courriel de l'entreprise : _____	
N° de tél. de l'entreprise : _____		poste : _____	
N° de téléc. de l'entreprise : _____		Signature de référence : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

2.	Ajouter <input type="checkbox"/>	Supprimer <input type="checkbox"/>	Date d'entrée en vigueur : _____
Nom complet : _____		Adresse de l'entreprise : _____	
Fonction : _____		Courriel de l'entreprise : _____	
N° de tél. de l'entreprise : _____		poste : _____	
N° de téléc. de l'entreprise : _____		Signature de référence : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

3.	Ajouter <input type="checkbox"/>	Supprimer <input type="checkbox"/>	Date d'entrée en vigueur : _____
Nom complet : _____		Adresse de l'entreprise : _____	
Fonction : _____		Courriel de l'entreprise : _____	
N° de tél. de l'entreprise : _____		poste : _____	
N° de téléc. de l'entreprise : _____		Signature de référence : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

4.	Ajouter <input type="checkbox"/>	Supprimer <input type="checkbox"/>	Date d'entrée en vigueur : _____
Nom complet : _____		Adresse de l'entreprise : _____	
Fonction : _____		Courriel de l'entreprise : _____	
N° de tél. de l'entreprise : _____		poste : _____	
N° de téléc. de l'entreprise : _____		Signature de référence : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

_____	_____	_____
Fonction	Nom du dirigeant	Signature du dirigeant autorisé de l'assureur