



APPLICATION FOR RENEWAL OF INSURER LICENCE

DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE D'ASSUREUR

Pursuant to the *Insurance Act*,

Conformément à la *Loi sur les assurances*,

(Name of insurer / Nom de l'assureur)

hereby makes application for renewal of licence to carry on business in the Province of New Brunswick for the term ending on May 31, 20____.

demande par la présente le renouvellement jusqu'au 31 mai 20____ de la licence lui permettant d'exercer la profession dans la province du Nouveau-Brunswick.

THE FOLLOWING STATEMENTS AND ANSWERS TO QUESTIONS ARE SUBMITTED / VOUS TROUVEREZ CI-DESSOUS LES DÉCLARATIONS ET LES RÉPONSES AUX QUESTIONS

1. Location of Insurer's head office / Lieu du siège social de l'assureur :

Address / Adresse

City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
Phone / Téléphone	Fax / Télécopieur	

2. Name, business address and official title of Chief Executive Officer in Canada / Nom, adresse commerciale et titre officiel du chef de la direction pour le Canada :

Name / Nom

Address / Adresse

City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
Phone / Téléphone	Fax / Télécopieur	Email / Courriel

3. Name of chief agent and address of chief agency in New Brunswick / Nom de l'agent principal au Nouveau-Brunswick ainsi que l'adresse de l'agence principale :

Name / Nom

Address / Adresse

City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
Phone / Téléphone	Fax / Télécopieur	Email / Courriel

4. Address to which Notice of Process is to be forwarded by Superintendent, pursuant to Section 17 of the Act / Adresse à laquelle le surintendant peut expédier les avis et actes de procédure conformément à l'article 17 de la Loi :

Address / Adresse

City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
Phone / Téléphone	Fax / Télécopieur	

5. Contact for licensing inquiries / Personne-ressource pour de plus amples renseignements relatifs à la demande :

Name / Nom

Address / Adresse

City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
Phone / Téléphone	Fax / Télécopieur	Email / Courriel

6. Contact for compliance issues / Personne-ressource pour de amples renseignements relatifs aux questions de conformité :

Name / Nom

Address / Adresse

City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
Phone / Téléphone	Fax / Télécopieur	Email / Courriel

7. Ombudsperson or Ombuds Service Contact / Ombudsman ou Bureau de l'ombudsman :

Name / Nom

Address / Adresse

City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
Phone / Téléphone	Fax / Télécopieur	Email / Courriel

