

**Statut d'entraîneur Canada Équestre
(CE) CERTIFICAT D'ASSURANCE**

NOM DE L'ENTRAÎNEUR ASSURÉ : _____

ADRESSE DE L'ENTRAÎNEUR ASSURÉ : _____

PROVINCE: _____

CODE POSTAL : _____

COMPAGNIE D'ASSURANCE : _____

NUMÉRO DE POLICE : _____

EN VIGUEUR DU _____ AU _____

AAAA/MM/JJ

AAAA/MM/JJ

ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ GÉNÉRALE

Limite de responsabilité par événement: _____ (Minimum de 2 000 000 \$)

Y a-t-il une limite globale? Oui No Si oui, veuillez inscrire la limite : _

La police d'assurance inclut toutes les extensions suivantes :

(X) Formule étendue pour les dommages à la propriété

(X) Blessure corporelle, y compris les participants

(X) Responsabilité partagée

(X) Véhicule n'appartenant pas à l'assuré

(X) Assurance de responsabilité locative: _____ (limite minimale de 500 000 \$)

() **Responsabilité professionnelle** **OPTIONNELLE** (_____ \$)

Les assurés supplémentaires relativement à la responsabilité découlant des opérations du dit assuré sont les suivants : (où le dit assuré est un membre en règle)

(X) Canada Équestre (CE) et l'organisme provincial ou territorial de sports équestre **(OPTS)** local
suivant :-

(X) Renonciation au bénéfice de subrogation en faveur de CANADA ÉQUESTRE (CE) et l'organisme provincial
ou territorial de sports équestres **(OPTS)** suivant : -

LE PRÉSENT DOCUMENT ATTESTE QUE LA POLICE (Y COMPRIS LES AVENANTS) D'ASSURANCE, TEL QUE DÉCRIT CI-HAUT, A ÉTÉ ÉMISE PAR L'ASSUREUR ET/OU LE SOUSSIGNÉ À L'ASSURÉ NOMMÉ CI-HAUT ET EST PRÉSENTEMENT EN VIGUEUR. EN CAS D'ANNULATION OU DE MODIFICATION DE QUELQUE MANIÈRE ET POUR QUELQUE RAISON QUE CE SOIT AU COURS DE LA PÉRIODE DE COUVERTURE TELLE QUE MENTIONNÉE AUX PRÉSENTES POUVANT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LE PRÉSENT CERTIFICAT, UN AVIS ÉCRIT PRÉALABLE DE QUINZE (15) JOURS DEVRA ÊTRE ENVOYÉ PAR LA PRÉSENTE COMPAGNIE D'ASSURANCE À **Equestrian Canada Équestre, C/O House of Sport, 2451 Riverside Drive, Ottawa (Ontario) K1H 7X7.**

SIGNÉ CE – _____ JOUR DE – _____, --

PAR: _____
(Signature du courtier autorisé ou du représentant de la compagnie d'assurance)

NOM DU COURTIER : _____

ADRESSE: _____

COURRIEL/TÉLÉPHONE: _____