

**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: \_\_\_\_\_