

Exposants
Certificat de couverture d'assurance

A: *Societe d'agric. comté de Stanstead*
977 Main
Ayer's Cliff, Quebec JOB 1C0
tel/fax 819-838-5388

De : _____

Personne assurée _____

Ce document atteste que la police d'assurance décrite ci-après fut devise par la compagnie d'assurance suivante _____

et cette couverture comprend l'exposition et la compétition à l'exposition d'Ayer's Cliff.

Numero de Police _____

Responsabilité minimum \$1,000,000.00

Date d'échéance de la police _____

Montant d'assurance

| | | |
|---|--|----------|
| 1 | <i>Par demande d'indemnité</i> | \$ _____ |
| 2 | <i>Par période pour produit complète hasard d'opération</i> | \$ _____ |
| 3 | <i>Par personne en cas de responsabilité pour blessure personnelle</i> | \$ _____ |
| 4 | <i>Par situation en cas de responsabilité civile de locataire</i> | \$ _____ |
| 5 | <i>Par personne en cas de dépenses médicales</i> | \$ _____ |

Il est entendu que la Compagnie d'assurance fera parvenir par écrit un avis au détenteur de ce certificat (Société d'agriculture du Comté de Stanstead) dedans 30 jrs, en cas de réduction ou d'annulation de la couverture tell que convenue en vertu de la police d'assurance ci-haut décrite

Date : _____

CERTIFIE PAR _____

see reverse for english

**Exhibitors
Certificate of Insurance Coverage**

To : Stanstead Country Agricultural Society
977 Main
Ayer's Cliff, Quebec JOB 1C0
tel/fax 819-838-5388

From : _____

Person Insured : _____

This attests that the insurance policy described below was issued by this insurance company in the name of _____
and that this coverage includes exhibiting and competing at Ayer's Cliff Fair.

Policy Number : _____

Legal Liability : Minimum \$1,000,000.00

Policy Expiry Date : _____

Amount of Insurance :

- | | |
|--|----|
| 1 Per Claim : | \$ |
| 2 Per period for product completed operations hazard : | \$ |
| 3 Per person in case of personal injury liability: | \$ |
| 4 Per person in case of tenants' legal liability: | \$ |
| 5 Per person in the case of medical expenses : | \$ |

It is understood that the Insurance company will send a written notice to the holder of this certificate (Stanstead County Agricultural Society) within 30 days of the reduction or cancellation of the coverage agreed on by virtue of the above described insurance policy.

Date : _____

CERTIFIED BY : _____

voir verso en francais