

# Certificat d'Assurance/ Insurance Certificat

**À être rempli par l'exhibiteur / To be filled out by the exhibitor**

Nom / Name: .....

Nom de ferme / Farm name:.....

Téléphone / Telephone:.....

Fax:.....

**À être rempli et signé par l'assureur / to be filled out and signed by the Insurer**

Compagnie / Company: .....

Téléphone / Telephone:.....

Fax:.....

CECI ATTESTE que la police d'assurance mentionnée ci-dessous a été émise par cette Compagnie pour la couverture qui inclus l'exposition et la compétition à l'Expo de Brome pour le compte de...

*THIS ATTESTS that the insurance policy described below was issued by this insurance company for the coverage which includes exhibiting and competing at Brome Fair in the name of ...*

Compte/Name: .....

Numéro de police / Policy Number: .....

Date d'échéance / Policy Expiry Date: .....

Responsabilité civile / Legal Liability:            minimum \$1,000,000

Montants de Garantie / Amount of Insurance:

- |    |  |         |
|----|--|---------|
| 1. | Par sinistre / Per Claim   | \$..... |
| 2. | Par période pour le risque produit après travaux / Per period for product completed operations hazard    | \$..... |
| 3. | Par personne dans le cas du préjudice personnel / Per person in case of personal injury liability        | \$..... |
| 4. | Par situation dans le cas de responsabilité locative / Per situation in case of tenants' legal liability | \$..... |
| 5. | Par personne dans le cas des frais médicaux / Per person in the case of medical expenses                 | \$..... |

Il EST ENTENDU que l'assureur s'engage à faire parvenir un avis écrit au détenteur de ce certificat (Société d'Agriculture du Comté de Brome) trente (30) jours avant que ne soit diminuée ou résiliée la protection accordée en vertu de toute police d'assurance décrite.

*IT IS UNDERSTOOD that the Insurance Company will send a written notice to the holder of this certificate (Brome County Agricultural Society) within thirty (30) days of the reduction or cancellation of the coverage agreed on by virtue of the above described insurance policy.*

Date: \_\_\_\_\_

Certifié par / Certified by: \_\_\_\_\_

(Personne autorisée / Authorized Person)