

ACHAT D'UN DROIT D'ACCÈS ANNUEL SANS ASSURANCE PURCHASE OF A TRAIL PERMIT WITHOUT INSURANCE 2020-2021

Choix du club et région / Club number and region

Coordonnées du propriétaire du quad / Quad owner information

NOM / LAST NAME

PRÉNOM / FIRST NAME

ADRESSE / ADDRESS

VILLE / CITY RUE / STREET APP. / APT

TÉLÉPHONE / PHONE NUMBER COURRIEL / EMAIL ADDRESS

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH

VÉHICULE ASSURÉ / INSURED VEHICLE

PLAQUE / REGISTRATION PROV. / ÉTAT (STATE)

MARQUE DU QUAD / ATV MAKE MODÈLE / ATV MODEL

ANNÉE / YEAR NO DE SÉRIE / ATV SERIAL NUMBER

ASSUREUR / INSURANCE COMPANY

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES / INSURANCE COMPANY

NUMÉRO DE POLICE / POLICY NUMBER OF THE INSURANCE COVERING THE ATV LIABILITY

DATE D'EXPIRATION / EXPIRY DATE OF THE INSURANCE POLICY

☐ J'ATTESTE QUE LA POLICE D'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE CI-DESSUS MENTIONNÉE D'AU MOINS 500 000 \$ GARANTIT L'INDEMNISATION D'UN PRÉJUDICE CORPOREL OU MATÉRIEL CAUSÉ PAR LE QUAD DÉCRIT CI-DESSUS. JE M'ENGAGE À MAINTENIR CETTE POLICE D'ASSURANCE OU TOUTE AUTRE POLICE D'ASSURANCE ÉQUIVALENTE EN VIGUEUR EN TOUT TEMPS ET CE, AU MOINS JUSQU'AU 31 OCTOBRE 2021.

☐ I CERTIFY THAT THE AUTOMOBILE LIABILITY INSURANCE POLICY IN ABOVE PROVIDES AT LEAST \$500,000 IN CIVIL LIABILITY COVERAGE FOR BODILY INJURY OR PROPERTY DAMAGE CAUSED BY THE ATV DESCRIBED ABOVE. I UNDERTAKE TO MAINTAIN THIS POLICY, OR ANOTHER EQUIVALENT INSURANCE POLICY, IN FORCE AT ALL TIMES UNTIL AT LEAST OCTOBER 31, 2021.

IMPORTANT ! Vous devez joindre une copie du certificat d'assurance de votre quad (JPEG ou PDF)
IMPORTANT ! You must attach a copy of your ATV insurance certificate (JPEG or PDF)

MONTANT À PAYER / AMOUNT TO BE PAID

307.00\$ (20\$ de frais d'administration et taxes incluses) / **\$307.00** (\$20 administration fees and taxes included).

MODE DE PAIEMENT / PAYMENT OPTION

VISA MASTERCARD

NUMÉRO DE LA CARTE / CARD HOLDER DATE D'EXPIRATION / EXPIRATION DATE

CODE DE SÉCURITÉ DE 3 CHIFFRES AU VERSO DE LA CARTE / SECURITY CODE OF 3 NUMBERS THAT APPEARS ON THE BACK OF YOUR CARD

NOM DU TITULAIRE DE LA CARTE / NAME OF CARD HOLDER

Retourner le formulaire complété à l'adresse courriel : formulaire@fqcq.qc.ca