

<b>Nom :</b>		Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Sénior <input type="checkbox"/> Junior	
<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> non binaire, <input type="checkbox"/> bispirituel <input type="checkbox"/> préfère ne pas le dire		<input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Athlète avec incapacité	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	
<small>Lorsque l'AENB reçoit un financement gouvernemental, il faut recueillir des données supplémentaires sur chaque membre. Cette information sera utilisée pour mesurer les tendances provinciales de notre sport. Veuillez noter que le nom de nos membres ainsi que leurs renseignements personnels ne sont communiqués à aucun représentant gouvernemental ou ministère.</small>				
Adresse Rue :		Ville :	Code postal :	Zone :
Téléphone (m) :		Téléphone (b) :		Téléphone (c) :
Courriel :		Courriel d'un parent ou tuteur (si mineur) :		

Membres supplémentaire		
<b>Nom 2 :</b>	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Sénior <input type="checkbox"/> Junior
<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> non binaire, <input type="checkbox"/> bispirituel <input type="checkbox"/> préfère ne pas le dire	<input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Athlète avec incapacité	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
<b>Nom 3 :</b>	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Sénior <input type="checkbox"/> Junior
<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> non binaire, <input type="checkbox"/> bispirituel <input type="checkbox"/> préfère ne pas le dire	<input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Athlète avec incapacité	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
<b>Nom 4 :</b>	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Sénior <input type="checkbox"/> Junior
<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> non binaire, <input type="checkbox"/> bispirituel <input type="checkbox"/> préfère ne pas le dire	<input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Athlète avec incapacité	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français

Utilisez une feuille séparée pour les autres membres de la famille, le cas échéant.

## Prix

Adhésion individuelle - cavalier <b>sénior</b>	60 \$	_____ \$
Adhésion individuelle - cavalier <b>junior</b> <i>17 ans ou moins au 1<sup>er</sup> janvier 2025</i>	50 \$	_____ \$
Adhésion <b>familiale</b> Deux résidents permanents du même foyer : un parent/tuteur + un enfant	100 \$	_____ \$
Chaque membre supplémentaire <small>15 \$ per personne</small>	15 \$ x _____	_____ \$

\*Toutes les adhésions expirent le 31 décembre 2025, quelle que soit la date

**PAGE 1 TOTAL : \_\_\_\_\_ \$**

## Programmes et services facultatifs :

Voir [www.nbea.ca](http://www.nbea.ca) pour en savoir plus. *Limité aux résidents canadiens.*

<p><b>Risques désignés des membres</b> - 35 \$ par propriétaire de chevaux _____ x 35 \$ = _____ \$</p> <p>Nom du propriétaire de chevaux : _____ Nom du propriétaire de chevaux : _____ Risques désignés des membres – Assurance couvrant la mort de votre ou vos propres chevaux à la suite d'un incendie, d'un éclair, d'une collision ou d'un renversement de la remorque dans laquelle un cheval est transporté. C'est une assurance couvrant jusqu'à 10 000 \$ qui peut être appliquée peu importe le nombre de chevaux possédés. Les pertes sont limitées à un maximum de 10 000 \$, ou une réclamation par année.</p>
<p><b>Ajout d'une couverture pour décès et mutilation accidentels</b></p> <p>45 \$ par membre _____ x 45\$ = _____ \$</p> <p>Nom : _____ Nom : _____</p> <p>Couverture supplémentaire décès ou mutilation accidentelle – Vous recevez automatiquement une couverture supplémentaire de 40 000 \$ à la couverture de base avec l'adhésion en achetant une couverture supplémentaire de 75 000 \$. La couverture pour décès et mutilation accidentels, comprenant également une couverture pour fractures et soins dentaires, est un supplément à la couverture de base reçue automatiquement avec l'adhésion.</p>
<p><b>Couverture de l'équipement des membres</b> - 75 \$ par membre _____ x 75 \$ = _____ \$</p> <p>Nom : _____ Nom : _____</p> <p>Assurance de l'équipement – Couvre la perte de l'équipement des membres et des chevaux. Assurance limitée sous cette option à 15 000 \$. Par perte / période d'adhésion; franchise de 500 \$. Ne couvre pas les vêtements ou l'équipement de protection porté par les cavaliers, l'usure normale ou l'abus, la disparition mystérieuse ou les véhicules tirés par les chevaux.</p>
<p><b>Indemnité hebdomadaire en cas d'accident</b> - 195 \$ par membre _____ x 195 \$ = _____ \$</p> <p>Dans le cadre de la police, jusqu'à 500 \$ seront fournis par semaine en remplacement du revenu pendant 26 semaines (certaines restrictions s'appliquent). Il y a une période d'attente de 7 jours. Cette assurance optionnelle fournit automatiquement une couverture en cas de décès ou de mutilation par accident (DMA). Le formulaire de demande se trouve à la fin.</p>
<p><b>Intervention chirurgicale d'urgence pour sauver des vies</b> \$55 par membre _____ x 55 \$ = _____ \$</p> <p><i>(les membres doivent désigner les risques pour être admissibles à l'assurance)</i></p> <p>Maximum de 2 500 \$ par cheval, par perte et par terme. Franchise de 250 \$.</p>
<p><b>Frais de stabulation d'urgence</b> - 25 \$ par membre _____ x 25 = _____ \$</p> <p><i>(les membres doivent désigner les risques pour être admissibles à l'assurance)</i></p> <p>Somme de 500 \$ par mois de frais supplémentaires pour tout cheval assuré pendant un maximum de quatre mois. Somme de 5 000 \$ par adhésion, par année civile, quel que soit le nombre de chevaux. Franchise de 500 \$.</p>
<p><b>Assurance voyage</b></p> <p>Travel Medical * offre une couverture de 10 000 000 \$ à l'extérieur de la province et du pays pour les traitements médicaux et / ou l'hospitalisation. Les membres peuvent souscrire une assurance voyage directement auprès de TuGo. Pour acheter une couverture, veuillez visiter: <a href="https://shop.tugo.com/store/INT001">https://shop.tugo.com/store/INT001</a></p>
<p><b>Programme de récompense Monter et atteler AÉNB</b></p> <p><b>Frais d'inscription à vie/pers.</b> _____ x \$20 = \$ _____ .00</p>
<p><b>Horse &amp; Pony Magazine</b></p> <p>Abonnement à tarif avantageux (4 numéros) _____ x \$12.50 = \$ _____</p>
<p><b>Canadian Horse Journal</b></p> <p>1an/4cnuméros – 26,25 \$; 2 ans/8 numéros – 40,25\$ _____ ans = \$ _____</p>

**PAGE 2 TOTAL :** \_\_\_\_\_

Aidez-nous à développer nos programmes de l'AENB en nous fournissant quelques renseignements :

1. Combien de chevaux possédez-vous ? \_\_\_\_\_
2. Avez-vous un intérêt particulier pour l'un des domaines suivants ? Cochez toutes les cases correspondantes.

- |  |                                      |   |                                   |
|--|--------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dressage              | <input type="checkbox"/> chasse/saut | <input type="checkbox"/> concours complet | <input type="checkbox"/> attelage |
| <input type="checkbox"/> compétition western   | <input type="checkbox"/> Pony Club   | <input type="checkbox"/> saut d'obstacles | <input type="checkbox"/> reining  |
| <input type="checkbox"/> aucun de ces éléments |                                      |   |                                   |

**Renseignements importants sur l'adhésion...**

- **Adhésion à Canada Équestre** — Une portion de vos frais d'adhésion à l'AÉNB est remise à l'organisme national gouvernant notre sport, Canada Équestre, faisant de vous un membre non compétitif de CE. L'adhésion à CE pour sport de compétition est payée séparément et directement à CE. Pour en savoir plus, visitez [www.equestrian.ca](http://www.equestrian.ca) ou [www.nbea.ca](http://www.nbea.ca).
- **Politique de confidentialité** — L'AÉNB reconnaît le caractère confidentiel des renseignements personnels et s'engage à respecter la vie privée de ses membres. L'information que vous fournissez à l'AÉNB (nom, adresse, courriel, etc.) permet de vous informer des compétitions et activités, de signaler des problèmes ou préoccupations ou d'annoncer des offres spéciales qui pourraient vous intéresser. En devenant membre, en demandant de l'information ou en vous inscrivant à une compétition, une activité ou un cours offert par l'AÉNB, vous donnez la permission à l'AÉNB de vous contacter de manière indiquée.
- **Important** — Par la présente, j'autorise l'AÉNB à inclure mes coordonnées à une liste qui pourrait être utilisée par un tiers pour la distribution de renseignements que l'AENB croit pertinents pour ses membres (ex. : bulletin de nouvelles électronique). La liste sera traitée de manière contrôlée et ne sera pas disponible à des fins commerciales externes par des parties non affiliées à l'AENB.

**En faisant une demande à l'Association équestre du Nouveau-Brunswick, vous acceptez de respecter toutes les politiques, toutes les règles et tous les règlements de l'AENB et de Canada Équestre.**

**En tant que membre en règle, les couvertures d'assurance suivantes sont INCLUSES dans votre adhésion :**

- 1 5 000 000 \$ assurance responsabilité civile excédentaire liée à la propriété et à l'utilisation de chevaux. Cette assurance couvre également le transport non commercial du cheval d'une autre personne. Elle est en vigueur 24 heures par jour, 7 jours sur 7, partout dans le monde. Par contre, cette assurance ne couvre pas l'utilisation commerciale d'un cheval ou le transport commercial des chevaux qui ne vous appartiennent pas.
- 2 40 000 \$ décès ou mutilation accidentels (DMA) offrant une couverture mondiale, 24 heures par jour, pour les blessures permanentes découlant des activités équestres. Cette couverture est offerte aux membres jusqu'à l'âge de 90 ans.

**Pour toute question concernant les divers produits d'assurance fournis, communiquez avec Mike King, à CapriCMW.**

**Sans frais, au 1 800 670-1870 ou par courriel, à [mking@capricmw.ca](mailto:mking@capricmw.ca).**

<b>Total – Page 1 Adhésion</b>	_____ \$
<b>Total – Page 2/3 Programmes et services optionnels</b>	_____ \$
<b>Montant inclus</b>	_____ \$

**Mode de paiement**

- Chèque       Mandat       Visa       MasterCard

Numéro de la carte :	Date d'expiration :
Nom du titulaire :	VVC (endos de la carte) :
Signature :	Date :

Chèque et mandat à l'ordre de l'AENB.

**Signature du membre/parent/tuteur :**

**Date :**

Si le membre est d'âge mineur, la signature d'un parent ou tuteur est requise.

**THIS FORM MUST BE COMPLETED ONLY IF PURCHASING THE OPTIONAL WEEKLY ACCIDENT INDEMNITY INSURANCE PRODUCT (See membership application for cost of this optional insurance).**



## WEEKLY ACCIDENT INDEMNITY APPLICATION

This exclusive insurance policy provides **income replacement** in the event you are unable to work due to an accident. Coverage is in force 24 hours a day/ 7 days a week and includes (but is not limited to), injuries arising from an equine related incident. The policy will provide **up to \$500.00 / week** in income replacement for **up to 26 weeks** (some restrictions apply). To qualify for this special program and be eligible for benefits, you must meet the following minimum requirements:

- 6) Be a resident of Canada.
- 7) Be a member in good standing of your provincial equine association;
- 8) Be employed full time (minimum of 25 hours a week with a single employer);
- 9) Be under the age of 70 years old; and
- 10) Filed an income tax return to Canada Revenue Agency in the most recent year.

**The combined benefit from this policy and all other benefits available to you (WCB/WSIB/ CPP/ Employer Group Programs, etc.) cannot exceed 75% of reported gross income to Canadian Revenue Agency in the most recent taxation year.**

*Questions regarding coverage should be directed to Acera Insurance Equine Department at 1-888-394-3330*

### YOUR INFORMATION

NAME:		DATE OF BIRTH:	YYYY	MM	DD
ADDRESS:		PHONE: (H)	(C)		

### EMPLOYMENT INFORMATION

YOUR OCCUPATION:		AVERAGE NO. OF HOURS WORKED <b>PER WEEK:</b>	
EMPLOYER NAME:		EMPLOYER PHONE:	
<b>FULL TIME with a single employer is required (Minimum 25 hrs per week)</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if No, coverage is ineligible)		
Did you file an Income Tax Return with Canada Revenue Agency last year?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if No, coverage is ineligible)		
Are you enrolled with WCB / WSIB / Employer Disability Plan?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Have you ever made a claim for income replacement benefits?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

### IMPORTANT: PLEASE READ CAREFULLY BEFORE SIGNING BELOW

I understand and agree:

- 1) The insurance coverage being applied for PLUS ANY OTHER BENEFITS I may be eligible to receive if I cannot work - **FROM ALL SOURCES** - will not and cannot exceed 75% of weekly income as reported to Canadian Revenue Agency (CRA) in the last personal income reporting year.
- 2) I understand that there is a waiting period of 7 days before I am eligible to receive any benefits from this policy.
- 3) This policy will pay benefits to a maximum of \$500 / week for a maximum of 26 weeks.
- 4) In the event of a claim, I will be required to sign and remit various documents to prove my loss before any payment is made, including but not limited to a copy of my previous tax return and a consent form to allow the insurer to collect, use and disclose personal information related to my claim.
- 5) I am a member in good standing of my home Provincial Equine Association on the date of this application.

SIGNED: \_\_\_\_\_ DATED: \_\_\_\_\_