

P.O. Box 6000
Fredericton
New Brunswick E3B 5H1
Tel: (506) 453-2185
Fax: (506)453-7406

C.P. 6000
Fredericton
Nouveau-Brunswick E3B 5H1
Tél: (506) 453-2185
Fax: (506) 453-7406

**CROP INSURANCE APPLICATION
DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE-RÉCOLTE**

A. CLIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICATION DU CLIENT :

Name of insured /
Nom de l'assuré: _____

Mailing address /
Adresse postale: _____

Postal code / Code postal: _____ Telephone / (h/m) _____ Fax /
Téléphone: (w/t) _____ Télécopieur: _____

E-Mail / Courriel: _____ AgriStability PIN /
NIP d'Agri-stabilité : _____

| | |
|---|---|
| Fresh Market Vegetables / Cultures Maraîchères | CROP YEAR / ANNÉE RÉCOLTE: _____ |
|---|---|

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Language of service / Langue de préférence: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français | Previously insured / Assuré auparavant: <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non | Client # / No de client: _____ |
|--|--|-----------------------------------|

Fill in **one** appropriate tax number / Inscire le numéro de taxe approprié:

| | |
|--------------------------------------|--|
| Social Insurance Number or | Numéro d'assurance sociale ou |
| Revenue Canada Business Number or | Numéro d'entreprise du Revenu Canada ou |
| Partnership Number or | Numéro de société en nom collectif ou |
| Single Business Registration Number | Numéro d'enregistrement unique pour les entreprises |

Signing authority has been given to the following persons / Les personnes suivantes sont autorisées à signer

Name / Nom (Print / Lettres moulées) Signature

Name / Nom (Print / Lettres moulées) Signature

Name / Nom (Print / Lettres moulées) Signature

| |
|--|
| <p>I hereby apply for Crop Insurance with the NB Crop Insurance Commission in accordance with the <i>Crop Insurance Act</i>. I agree that: (a) I shall offer for insurance all acreage of the insured crop grown in the crop year on land owned or used by me in New Brunswick; (b) I shall abide by the terms and conditions in the insurance policy for the insured crop, if my application is accepted; (c) I consent to the release of all information related to the insured crop from Agriculture and Agri-Food Canada, the NB Department of Agriculture and Aquaculture or other agencies.</p> <p>Je demande à conclure un contrat d'assurance avec la Commission d'assurance-récolte du Nouveau-Brunswick sous la <i>Loi sur l'assurance-récolte</i>. Je m'engage à: (a) assujettir à l'assurance toute superficie de la récolte à être assurée cultivée sur les terres qui m'appartiennent ou que j'exploite au Nouveau-Brunswick durant l'année-récolte; (b) respecter les modalités de la police d'assurance-récolte pour la récolte assurée, si ma demande est acceptée; (c) consentir à la divulgation de toute information ayant trait à cette récolte tenue par Agriculture et Agroalimentaire Canada, par le ministère de l'Agriculture et de l'Aquaculture du Nouveau-Brunswick ou toutes autres agences.</p> |
|--|

Applicant's signature / Signature du requérant

Date

**NOTE: YOUR APPLICATION MUST BE RECEIVED ON OR BEFORE MAY 01
NOTA: VOTRE DEMANDE D'ADHESION DOIT NOUS PARVENIR AU PLUS TARD LE 1^{ER} MAI**

Complete section B on the back of this page / veuillez remplir la section B au verso

