

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: \_\_\_\_\_ CAIS PIN /  
NIP du PCSRA : \_\_\_\_\_

<b>CROP GROUP / TYPE DE RÉCOLTE:</b>	<input type="checkbox"/> Potatoes / Pommes de terre <input type="checkbox"/> Grain / Céréales	<b>CROP YEAR / ANNÉE RÉCOLTE:</b>	_____
--	--	---------------------------------------	-------

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

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, Fisheries and Aquaculture or other agencies.	
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, des Pêches et de l'Aquaculture du Nouveau-Brunswick ou toutes autres agences.	

Applicant's signature / Signature du requérant

Date

**NOTE: YOUR APPLICATION MUST BE RECEIVED ON OR BEFORE MAY 01  
NOTA: VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION DOIT NOUS PARVENIR AU PLUS TARD LE 1<sup>ER</sup> MAI**

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

