

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 FOR PROCESSING CARROTS - 2008
DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE-RÉCOLTE POUR LES CAROTTES DE
TRANSFORMATION - 2008**

A. CLIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICATION DU CLIENT :

Name of insured /
Nom de l'assuré: _____

Mailing address /
Adresse postale: _____

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

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

B. FILL IN THE APPROPRIATE SECTION / VEUILLEZ REMPLIR LA PARTIE APPROPRIÉE

CROPS / CULTURES	ACREAGE / SUPERFICIE <input type="checkbox"/> ACRES <input type="checkbox"/> HECTARES	COVERAGE LEVEL / NIVEAU DE GARANTIE 60% / 70% / 80%	UNIT PRICE / PRIX UNITAIRE \$/ton \$/tonne courte
PROCESSING CARROTS / CAROTTES DE TRANSFORMATION			

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 / Inscrire **un** 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 _____

CANADA • NEW BRUNSWICK
Crop Insurance

CANADA • NOUVEAU-BRUNSWICK
Assurance-récolte

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

NOTE: YOUR APPLICATION MUST BE RECEIVED ON OR BEFORE MAY 01, 2008
NOTA: VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION DOIT NOUS PARVENIR AU PLUS TARD LE 1^{ER} MAI 2008

