

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 : _____

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

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.	
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.	

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

