

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

AGRICULTURAL INSURANCE APPLICATION FOR MAPLE SYRUP
DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE AGRICOLE POUR LE SIROP D'ÉRABLE

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 : _____

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

CROP / CULTURE	NO. OF TAPS / NOMBRE D'ENTAILLES	COVERAGE LEVEL / NIVEAU DE GARANTIE 60% / 70% / 80%	UNIT PRICE / PRIX UNITAIRE \$/ lb
MAPLE SYRUP / SIROP D'ÉRABLE			

I prefer letters be communicated to me by email / Je préfère que les lettres me soient communiquées par courriel

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 **un** numéro de taxe approprié :

Social Insurance Number or		Numéro d'assurance sociale ou
Revenue Canada Business Number or		Numéro d'entreprise de 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 Agricultural Insurance with the NB Agricultural Insurance Commission in accordance with the *Agricultural Insurance Act*. I agree that:

(a) I shall offer for insurance all maple syrup taps operating on land owned or used by me in New Brunswick during the crop year covered by this application;

(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 the information collected on this application to Agriculture and Agri-Food Canada, the NB Department of Agriculture, Aquaculture and Fisheries and any other agency for the purpose of determining whether Agricultural Insurance will be awarded and to audit, verify, analyze and evaluate the Insurance Programs;

(d) The Information collected on this Form is collected for the purpose of determining whether Agricultural Insurance will be provided to the applicant and to audit, verify, analyze, and evaluate the Insurance Programs. It is collected under the authority of the *Agricultural Insurance Act* and questions about the collection may be directed to the General Manager of the New Brunswick Agricultural Insurance Commission at the above-referenced address and telephone number.

Je demande à conclure un contrat d'assurance avec la Commission d'assurance agricole du Nouveau-Brunswick en vertu de la *Loi sur l'assurance agricole*. Je m'engage à :

(a) assujettir à l'assurance toutes les entailles exploitées sur les terres qui m'appartiennent ou que j'exploite au Nouveau-Brunswick durant l'année-récolte visée par la présente demande;

(b) respecter les modalités de la police d'assurance agricole pour la récolte assurée, si ma demande est acceptée;

(c) consentir à ce que tous les renseignements recueillis dans cette demande soient divulgués à Agriculture et Agroalimentaire Canada, au ministère de l'Agriculture, de l'Aquaculture et des Pêches du N.-B. et à tout autre organisme afin de déterminer si une assurance agricole sera accordée et de vérifier, d'analyser et d'évaluer les programmes d'assurance;

(d) reconnaître que les renseignements recueillis dans ce formulaire visent à déterminer si une assurance agricole sera offerte au requérant ainsi qu'à vérifier, analyser et évaluer les programmes d'assurance. Ils sont recueillis conformément à la *Loi sur l'assurance agricole* et toutes questions sur la collecte peuvent être adressées directement au directeur général de la Commission de l'assurance agricole du Nouveau-Brunswick à l'adresse et au numéro de téléphone susmentionnés.

Applicant's signature / Signature du requérant _____ Date _____

NOTE: YOUR APPLICATION MUST BE RECEIVED ON OR BEFORE SEPTEMBER 1ST
NOTA : VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION DOIT ÊTRE REÇUE AU PLUS TARD LE 1^{ER} SEPTEMBRE

Complete section C on the back of this page / Veuillez remplir la section C au verso



