

| No d'identification | Souscription |  | Année |
|---------------------|--------------|--|-------|
| 8 7 0 _____         | - _____      |  |       |

| Renseignements sur le client :   |
|--|
| Nom de l'entreprise _____  |
| Adresse de l'entreprise _____  |
| Personne-ressource (doit être un client ou un actionnaire de l'entreprise) _____ |

| Programme :   |                          |       |                          |                          |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| Quand acheter :      Mardi, mercredi, jeudi<br><b>14h30 à 23h00 H.C. (Alberta), soit 17h30 à 2h00 Heure de l'Atlantique</b>   |                          |       |                          |                          |
| Options   |                          |       |                          |                          |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Bovins d'engraissement</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Veaux</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Bovins d'engraissement   | Veaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bovins d'engraissement  | Veaux                    |       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |       |                          |                          |
| 1. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Le client nourrit les bovins d'engraissement ou les veaux soit au Nouveau-Brunswick, soit dans une région géographique précisée par l'assureur.   |                          |       |                          |                          |
| 2. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Le client demeurera le propriétaire des bovins d'engraissement ou des veaux pendant un minimum de 60 jours continus pendant la durée de la police.  |                          |       |                          |                          |
| <b>Date d'achat :</b> _____ telle que proposée dans le calendrier d'assurance.  |                          |       |                          |                          |
| <b>Paiement à effectuer à Agri-Commodity Management Association. Le paiement doit arriver dans les 15 jours suivant la date d'achat, sinon la police sera annulée.</b>  |                          |       |                          |                          |

|                               |                   |                               |
|-------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Ne pas utiliser cette section | Cachet de la date | Ne pas utiliser cette section |
|-------------------------------|-------------------|-------------------------------|

Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur l'assurance agricole du Nouveau-Brunswick. Vos informations sont protégées et soumises aux dispositions de la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée du Nouveau-Brunswick. Nous ne recueillons que ce qui est nécessaire à l'administration du programme pilote d'assurance des prix du bétail dans les Maritimes. Les informations vous concernant seront communiquées à la Société des services financiers de l'agriculture aux fins de l'administration du programme. Vos informations peuvent être partagées avec Agriculture et Agroalimentaire Canada à des fins d'élaboration de politiques et de programmes, d'évaluation de programmes et/ou de recherche et de statistiques. Les questions relatives à la collecte d'informations doivent être adressées au ministère de l'Agriculture, de l'Aquaculture et des Pêches du Nouveau-Brunswick.

|                     |              |  |       |
|---------------------|--------------|--|-------|
| No d'identification | Souscription |  | Année |
| 8 7 0 _____         | -            |  |       |

Nombre total de têtes assurées \_\_\_\_\_ × Poids moyen prévu à la vente \_\_\_\_\_ (livres) ÷ 100 = \_\_\_\_\_ Poids assuré (quintaux)

| Désignation du lot*<br>(facultatif) | Période<br>assurable<br>(Nbre de semaines) | Prix<br>assuré | Prime<br>(par quintal) |   | Poids assuré<br>(par quintal) | Prime de la<br>police | Réservé à l'administration |                     |
|-------------------------------------|--|----------------|------------------------|---|-------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------|
|                                     |  |                |                        |   |                               |                       | Numéro de<br>facture       | Numéro de<br>police |
|                                     |  |                |                        | x |                               | =                     |                            |                     |
|                                     |  |                |                        | x |                               | =                     |                            |                     |
|                                     |  |                |                        | x |                               | =                     |                            |                     |
|                                     |  |                |                        | x |                               | =                     |                            |                     |
|                                     |  |                |                        | x |                               | =                     |                            |                     |

\* La désignation du lot est facultative. Pour lier un groupe de bovins à une police, saisissez jusqu'à 15 lettres/chiffres. Exemple : Enclos 3.

Besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?  
 Appelez au programme APB au 1 844 782 5747  
**Vous pouvez transmettre ce formulaire à [elpi@agricommodity.ca](mailto:elpi@agricommodity.ca)**

**Déclaration et Signature du client**

La correspondance et les chèques d'indemnité seront envoyés au « client » indiqué sous « Nom de l'entreprise ». Les chèques seront émis par l'AFSC en Alberta.

Je remplis les conditions d'admissibilité au programme d'assurance des prix du bétail pour la souscription sélectionnée ci-dessus et je suis autorisé à faire cette demande. Je comprends également que cette demande ne peut être retirée après avoir été soumise à l'assureur.

Signature du client \_\_\_\_\_ /

No de la personne-ressource \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

**Réservé à l'administration**

Approuvée / Révisée par \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Achat effectué par \_\_\_\_\_ Bureau local \_\_\_\_\_

Heure et date \_\_\_\_\_