

Formulaire de transmission du certificat d'assurance récolte

Agriculture, Pêcheries
et Alimentation



Initiative ministérielle « Productivité végétale »

IPV - 003
(2022-01-27)

Exigence supplémentaire applicable aux entreprises agricoles pratiquant l'apiculture

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE REQUÉRANTE

| | | |
|--|----------------------------|-------------|
| Numéro d'identification ministériel (NIM) | Numéro de client (FADQ) | |
| Nom du requérant (entreprise, regroupement ou organisme) | Prénom et nom du répondant | |
| Adresse | | |
| Ville | Province | Code postal |

2. ENGAGEMENT D'ADHÉSION DU PROGRAMME D'ASSURANCE RÉCOLTE APICULTURE (sous-groupe Abeille)

Pour être admissible à l'Initiative ministérielle « Productivité végétale » (ci-après « l'Initiative »), l'entreprise requérante pratiquant l'apiculture est tenue d'adhérer, pour une durée minimale de cinq ans, à la protection individuelle du sous-groupe 1, Abeilles, du Programme d'assurance récolte (ASREC) pour la totalité de ses ruches admissibles. Une telle adhésion doit avoir lieu l'année suivant l'obtention d'une aide financière dans le cadre de l'Initiative. Le certificat délivré sera la preuve de l'adhésion.

3. ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je m'engage à adhérer annuellement à la protection individuelle du sous-groupe 1, Abeilles, de l'ASREC à compter de l'année qui suit la signature des conditions et modalités accompagnant la lettre d'offre pour l'aide financière octroyée dans le cadre de l'Initiative soit l'année d'assurance ainsi que pour les quatre années suivantes, en effectuant une demande auprès de La Financière agricole du Québec (FADQ).

J'autorise la FADQ à transmettre à la Direction régionale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) traitant ma demande, le certificat d'assurance récolte attestant mon adhésion à la protection individuelle du sous-groupe 1, Abeilles, de l'ASREC. Cette autorisation de communication est valide pour cinq années d'assurance consécutives, soit jusqu'à l'année d'assurance ¹.

Je reconnais que le MAPAQ pourrait exiger le remboursement total ou partiel de l'aide financière accordée dans le cas où je quitterais prématurément l'ASREC. Je comprends que le MAPAQ transmettra le présent formulaire signé à la responsable de l'accès à l'information à la FADQ.

4. SIGNATURE DU RÉPONDANT

| | |
|----------------------------------|------|
| Prénom et nom en lettres moulées | |
| Signature | Date |

¹ Stratégie à appliquer : pour 2020 + 4 ans, soit 2024; pour 2021 + 4 ans, soit 2025 et ainsi de suite.