



SOLICITUD/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/CAMBIO DE POLÍTICA DE MPCÍ CON SCO Y STAX

Producers Ag Insurance Group®, 2025 South Hughes, Suite 200, Amarillo, TX 79109

Póliza número _____ Año de cosecha _____ Fecha _____ Página _____ de _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ASEGURADO:			NOMBRE DE AGENCIA:			CÓDIGO DE AGENCIA:		AÑO DE COSECHA:		NÚMERO DE PÓLIZA:			
CALLE Y/O DIRECCIÓN POSTAL:			DIRECCIÓN:					ESTADO:		CONDADO (DONDE EL SEGURO ENTRA EN VIGOR):			
CIUDAD:		ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:		CIUDAD:		ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:		COSECHA(S):	
NÚMERO DE TELÉFONO:		CELULAR:		CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE:			NÚMERO DE TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO DEL AGENTE:			PLAN DE SEGURO/COBERTURA/% DEL PRECIO:	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		TIPO DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		TIPO DE PERSONA:		REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL SOLICITANTE:			PLAN DE SEGURO DE LA PÓLIZA COMPLEMENTARIA (SI CORRESPONDE):			NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS APROBADO (AIP) ANTERIOR (SI CORRESPONDE):	
NOMBRE DEL CÓNYUGE:			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE:		¿EL SOLICITANTE TIENE AL MENOS 18 AÑOS? SÍ NO			ESTADO DE INCORPORACIÓN:		NÚMERO DE PÓLIZA EN VIRTUD DEL AIP ANTERIOR (SI CORRESPONDE):			

SECCIÓN DE SBI: Enumere a todas las personas que tengan un interés sustancial y beneficioso en usted, tal como se define en las disposiciones aplicables de la póliza (incluidos los arrendadores o inquilinos asegurados por el solicitante). Si no hay ninguno, indique NINGUNO.

NOMBRE	DIRECCION COMPLETA	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE PERSONA	¿ARRENDADOR/INQUILINO QUE ASEGURA LA PARTE DE OTRO?*	A/I
						S N	A I
						S N	A I
						S N	A I
						S N	A I

SOLICITUD (Complete la Sección A)	OTROS CAMBIOS PARA LAS PÓLIZAS DE MPCÍ SOLAMENTE Agregar o quitar SBI Número correcto de identificación del asegurado*** Ortografía correcta del nombre de SBI	Agregar/Cambiar/Corregir representante autorizado del asegurado	Modificar/Corregir la dirección del asegurado
CANCELACIÓN (Complete las secciones A y B)		Ortografía correcta del nombre del asegurado	Corrija el número de identificación del SBI***
TRANSFERENCIA (Complete las secciones A y C)		***Ingrese el número de identificación anterior si este elemento está marcado:	

AGREGAR/MODIFICAR/CANCELAR	AÑO DE COSECHA EFECTIVO	COSECHA	CONDADO ASEGURADO	CONDADO DESIGNADO	NUEVO PRODUCTOR ()	PLAN	NIVEL DE COBERTURA	% DE ELECCIÓN DE PRECIOS, PRECIO PROYECTADO, MONTO DEL SEGURO	TIPO	PRÁCTICA	OPCIONES, ELECCIONES O ENDOSOS	ESTRUCTURA DE LA UNIDAD/CÓDIGO	ACRES PRETENDIDOS*	SOLO PARA NUEVAS PÓLIZAS	
														PLAN DE GRANIZO	\$/ACRES

*LOS ACRES PREVISTOS NO ESTABLECERÁN RESPONSABILIDAD. SE DEBE PRESENTAR UN INFORME SOBRE LA SUPERFICIE. **Además de mi parte en la póliza. Se adjunta evidencia de su aprobación (POA, contrato de arrendamiento, etc.).

ELECCIÓN DE CONDADO AGREGADA (SELECCIONE SOLO UNO):	SÍ	NO	Solicito cobertura de seguro para mi parte de las cosechas de Categoría B (excepto la producción de forraje) especificada a continuación con un condado designado en todos los condados agregados dentro de la nación donde la cosecha es asegurable.
	SÍ	NO	Solicito cobertura de seguro para mi parte de las cosechas de Categoría B (excepto la producción de forraje) especificada a continuación con un condado designado en todos los condados añadidos dentro del estado donde las cosechas son asegurables.

CONDICIONES DE ACEPTACIÓN*:**
Esta solicitud es aceptada y el seguro entra en vigor de acuerdo con la póliza, a menos que: (1) la Corporación Federal de Seguros de Cosechas determine que, de acuerdo con las reglamentaciones, el riesgo es excesivo; (2) cualquier hecho material se omita, se oculte o se tergiversen en esta solicitud o en la presentación de esta solicitud; (3) no haya proporcionado la información completa y precisa requerida para esta solicitud; o (4) la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas sea "sí". Una respuesta afirmativa a estas preguntas no redonda automáticamente en el rechazo de la solicitud. Por ejemplo, si responde "sí" a la pregunta (a) pero su deuda fue cancelada en quiebra, la solicitud no será rechazada.

SÍ	NO	(a)	¿Está usted endeudado actualmente, y la deuda está en mora por la cobertura del seguro de cosechas en virtud de la Ley Federal de Seguros de Cosechas?
SÍ	NO	(b)	¿Ha sido condenado en los últimos cinco años en virtud de la ley federal o estatal por plantar, cultivar, producir, cosechar o almacenar una sustancia controlada?
SÍ	NO	(c)	¿Alguna vez ha cancelado la cobertura de seguro en virtud de la autoridad de la Ley Federal de Seguros de Cosechas por una violación de los términos del contrato o las regulaciones, o por no pagar su deuda en mora?
SÍ	NO	(d)	¿Está descalificado o excluido de conformidad con la Ley Federal de Seguros de Cosechas, las regulaciones de la Corporación Federal de Seguros de Cosechas o el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos?
SÍ	NO	(e)	¿Alguna vez ha celebrado un acuerdo con la Corporación Federal de Seguros de Cosechas o con el Departamento de Justicia de que se abstendrá de participar en programas en virtud de la autoridad de la Ley Federal de Seguros de Cosechas y tal acuerdo sigue vigente?
SÍ	NO	(f)	¿Tiene un seguro similar respecto de alguna de las cosechas antes mencionadas?

Entiendo que, si la cobertura de cualquier cosecha está actualmente finalizada o hubiera cesado posteriormente por endeudamiento si esta solicitud se hubiera presentado después de la fecha de cese, no se puede proporcionar ninguna cobertura y no tengo derecho a ningún beneficio en virtud de la Ley Federal de Seguro de Cosechas hasta que se corrija la causa del cese.

Le notificaremos el rechazo a través de una notificación mediante el correo de los Estados Unidos, con franqueo pagado, a la dirección del solicitante. A menos que se rechace, o la fecha de cierre de ventas haya pasado en el momento en que firmé esta solicitud, el seguro estará vigente para las cosechas y los años de cosecha especificados y continuará por cada año de cosecha siguiente, a menos que se especifique lo contrario en la política hasta que se cancele, se finalice o se anule. El contrato de seguro, que incluye la solicitud aceptada, se define en el reglamento publicado en 7 CFR, capítulo IV. No se renunciará ni modificará ningún término o condición del contrato a menos que dicha renuncia o cambio esté expresamente permitido por el contrato y se realice por escrito.

***ESTAS CONDICIONES SOLO SE APLICAN A LA COBERTURA MPCÍ. NO SE USARÁN EN LA DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA RESPECTO DE LA COBERTURA DE GRANIZO PARA LAS COSECHAS.



SOLICITUD/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/CAMBIO DE POLÍTICA DE MPCÍ CON SCO Y STAX

Producers Ag Insurance Group®, 2025 South Hughes, Suite 200, Amarillo, TX 79109

Póliza número _____ Año de cosecha _____ Fecha _____ Página ____ de ____

SOLICITUD DE ENDOSO DE LA OPCIÓN DE COBERTURA SUPLEMENTARIA (ENDOSO SCO)

INFORMACIÓN DE LA COSECHA

NOMBRE DEL CONDADO	COSECHA(S)	AÑO DE COSECHA	PLAN DE SEGURO SUBYACENTE	PLAN DE SEGURO SCO	NIVEL DE COBERTURA	INSCRITO EN LA COBERTURA DE RIESGOS AGRÍCOLAS (ARC)	
						SÍ	NO
						SÍ	NO
						SÍ	NO
						SÍ	NO
						SÍ	NO
						SÍ	NO

TÉRMINOS Y CONDICIONES:

Además de la Sección 3B(2) de las Disposiciones básicas, por la presente elijo este Endoso de opción de cobertura suplementaria, y en virtud de esta elección comprendo lo siguiente:

- Debo haber comprado una póliza de conformidad con las Disposiciones de Base de la Póliza de Seguro de Cosecha Común y las Disposiciones de Cosecha aplicables para elegir este Endoso y debo comprar este Endoso con el mismo Proveedor de Seguros Aprobado (AIP) que mi Póliza de Seguro de Cosecha Común.
- Puedo elegir la cobertura en virtud de este Endoso y del Programa de Cobertura de Riesgos Agrícolas de la Agencia de Servicios Agrícolas, pero la misma superficie de cosecha no puede ser cubierta por ambos programas.
- Puedo elegir la cobertura de este Plan de Protección de Endosos e Ingresos Apilados para el algodón de las tierras altas, pero la misma superficie no puede estar asegurada por ambos.
- Si en cualquier momento mi Póliza de Seguro de Cosechas Comunes para la cosecha se cancela o finaliza, la cobertura de este endoso se cancela o finaliza automáticamente.
- Al elegir este endoso, este continuará de año en año, a menos que ustedes lo cancelen o yo lo cancele, que cambie mi elección por escrito en o antes de la fecha de cancelación o que mi cobertura sea cancelada o finalice de otro modo en virtud de los términos de mi póliza.
- Se cobrarán tarifas administrativas separadas respecto de cada cosecha asegurada en virtud de este Endoso.

SOLICITUD DE PROTECCIÓN DE INGRESOS ACUMULADOS (STAX)

INFORMACIÓN DE LA COSECHA

COSECHA	AÑO DE COSECHA EFECTIVO	CONDADO ASE- GURADO	CONDADO DE- SIGNADO	OPCIONES, ELEC- CIONES O ENDOSOS	RANGO DE CO- BERTURA	PRÁCTICA	TIPO	DESENCADENANTE DE PÉRDIDA DE ÁREA	PLAN DE SEGURO STAX	FACTOR DE PROTECCIÓN STAX

COBERTURA SCO: **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, identifique mediante la base de datos APH si se aplica SCO o STAX. Si se añade tierra a esta operación después de la fecha de cierre de las ventas y se notifica en la fecha de notificación de la superficie en acres, dicha superficie estará cubierta por **SCO** **STAX**

TÉRMINOS Y CONDICIONES:

No puedo elegir la cobertura de este plan de seguro para los mismos acres para los cuales elijo la cobertura para el Endoso de Opción de Cobertura Suplementaria (SCO) si participo en SCO.

Elijo la cobertura de este plan de seguro y del Programa de Cobertura de Riesgos Agrícolas de la Agencia de Servicios Agrícolas o del Programa de Cobertura de Pérdidas de Precios, pero la misma superficie de cosecha no puede ser cubierta por ambos programas.

Entiendo que al firmar esta solicitud, la cobertura de este plan de seguro continuará de año en año, a menos que ustedes lo cancelen o yo lo cancele, que cambie mi elección mediante una notificación por escrito en o antes de la fecha de cancelación o que mi cobertura sea cancelada o finalice de otro modo en virtud de los términos de mi póliza.



SOLICITUD/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/CAMBIO DE POLÍTICA DE MPCÍ CON SCO Y STAX

Producers Ag Insurance Group®, 2025 South Hughes, Suite 200, Amarillo, TX 79109

Póliza número _____ Año de cosecha _____ Fecha _____ Página ____ de _____

SECCIÓN B - CANCELACIÓN

INFORMACIÓN DE CANCELACIÓN: Por la presente solicito la cancelación de mi póliza de seguro de cosechas para las cosechas y el año de cosecha que se muestra en esta cancelación. Entiendo que, si este formulario no se ejecuta en o antes de la fecha de cancelación de cualquier año de cosecha enumerado, la cancelación del seguro respecto de dichas cosechas no será efectiva hasta el siguiente año de cosecha.

MOTIVO DE LA CANCELACIÓN: (MARQUE UNO) Solicitud del asegurado Consentimiento mutuo Muerte, incompetencia o disolución Otro _____

SECCIÓN C - TRANSFERENCIA

COSECHA(S) A CANCELAR Y TRANSFERIR: _____ AÑO DE COSECHA DE LAS COSECHAS QUE SE CANCELAN Y SE TRANSFIEREN: _____

INFORMACIÓN DE CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA DE EXPERIENCIA: COMPLETAR SI CANCELA UNA PÓLIZA ANTERIOR CON OTRO PROVEEDOR DE SEGUROS.

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA/INFORMACIÓN DE TRANSFERENCIA: Por la presente solicito la cancelación de mi póliza de seguro con (nombre del AIP cedente y número de póliza) _____ para las cosechas y los años de cosecha indicados anteriormente, puesto que he solicitado un seguro con otro proveedor de seguros aprobado. Entiendo que, si este formulario no se ejecuta en o antes de la fecha de cancelación establecida de cualquier cosecha enumerada, la cancelación del seguro de dicha(s) cosecha(s) no entrará en vigencia hasta el siguiente año de cosecha.

Por la presente autorizo e instruyo a la _____ persona antes mencionada a que proporcione cualquier información relativa a mi póliza de seguros al Proveedor de Seguros Aprobado que figura a continuación. Entiendo que si la cobertura de cualquier cosecha finaliza ahora o hubiera finalizado posteriormente por deuda morosa si no se hubiera producido esta transferencia, no se puede proporcionar ninguna cobertura por parte de _____
Proveedor de Seguros Aprobado cedente Proveedor de Seguros Aprobado Adoptante

Mediante la presentación de este formulario, nos comprometemos a proporcionar a este solicitante un seguro de cosecha para la(s) cosecha(s) y el año de cosecha especificados anteriormente, a menos que este formulario no se ejecute en o antes de la fecha de cancelación establecida para cualquiera de la(s) cosecha(s) indicada(s), en cuyo caso se proporcionará un seguro para dicha(s) cosecha(s) para el siguiente año de cosecha.

Nombre en letra de imprenta del representante de AIP

Firma del representante de AIP

Fecha

OBSERVACIONES:

DECLARACIONES REQUERIDAS PARA LAS PÓLIZAS DE GRANIZO PARA COSECHAS POR ESTADO:

ARKANSAS y LOUISIANA —ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento respecto del pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

ARIZONA —Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración se establezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento respecto del pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

COLORADO—Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa a un tomador de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al tomador de la póliza o reclamante respecto de un acuerdo o premio pagadero de los ingresos del seguro deberá ser reportado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

FLORIDA—Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a un asegurador presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

IDAHO—Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

INDIANA—Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

KENTUCKY—Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro que contenga información falsa u oculte con el propósito de inducir a error información relativa a cualquier hecho material de la misma, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito.

MARYLAND —ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta respecto del pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas y voluntariamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

MAINE —ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

MINNESOTA—Una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

NEW JERSEY—Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.

NUEVO MÉXICO —ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

OHIO—Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o presenta un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

OKLAHOMA —ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a un asegurador, presente un reclamo por el ingreso de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

PENNSYLVANIA —ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte información relativa a cualquier hecho material de la misma con el fin de engañar, comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito, y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TENNESSEE, VIRGINIA y WASHINGTON—Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

UTAH—Cualquier asunto en disputa entre usted y la empresa puede estar sujeto a arbitraje como una alternativa a la acción judicial de conformidad con las normas de la Asociación Americana de Arbitraje, cuya copia está disponible a solicitud por parte de la compañía. Cualquier decisión tomada por arbitraje será vinculante tanto para usted como para la compañía. El laudo arbitral puede incluir honorarios de abogados si lo permite la ley estatal y puede presentarse como un fallo ante cualquier tribunal con la jurisdicción correspondiente.

Para Todos los Demás Estados: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento respecto del pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.



SOLICITUD/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/CAMBIO DE POLÍTICA DE MPCÍ CON SCO Y STAX

Producers Ag Insurance Group®, 2025 South Hughes, Suite 200, Amarillo, TX 79109

Póliza número _____ Año de cosecha _____ Fecha _____ Página _____ de _____

DECLARACIÓN DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS (LEY DE PRIVACIDAD) Agentes, ajustadores de pérdidas y asegurados

Las siguientes declaraciones se realizan de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552a): La Agencia de Gestión de Riesgos (RMA) está autorizada por la Ley Federal de Seguros de Cosechas (7 U.S.C. 1501-1524) o por otras leyes, y las reglamentaciones promulgadas en virtud de las mismas, para solicitar la información requerida en documentos establecidos por RMA o por los proveedores de seguros aprobados (AIP) que hayan sido aprobados por la Corporación Federal de Seguros de Cosechas (FCIC) para emitir seguros federales de cosechas. La información es necesaria para que los AIP y RMA operen el programa federal de seguro de cosechas, determinen la elegibilidad del programa, realicen análisis estadísticos y garanticen la integridad del programa. La información establecida en este documento se puede proporcionar a otras agencias federales, estatales o locales, según lo requiera o permita la ley, las agencias de aplicación de la ley, los tribunales u organismos adjudicadores, las agencias extranjeras, el magistrado, el tribunal administrativo, los contratistas y cooperadores de AIP, el Sistema Integral de Gestión de Información (CIMS), oficinas del congreso o entidades en virtud de un contrato con RMA. Para los agentes de seguros, cierta información también puede divulgarse al público con el fin de ayudar a las personas interesadas a localizar agentes en un área en particular. La divulgación de la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, si no se informa correctamente la información solicitada, AIP o RMA pueden rechazar este documento de conformidad con el Acuerdo de Reaseguro Estándar entre AIP y FCIC, las regulaciones federales o los procedimientos aprobados por RMA y la denegación de la elegibilidad en virtud del programa o los beneficios derivados de ello. Además, la falta de información verdadera y correcta puede resultar en una acción penal o civil y la evaluación de sanciones o la búsqueda de otros recursos.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas en pos de los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas).

Para presentar una Queja en relación con el Programa

Si desea presentar una queja por discriminación en relación con el programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, disponible en línea en www.ascr.usda.gov/ad-3027-usda-program-discrimination-complaint-form, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o carta completa por correo al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o envíe un correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Personas con Discapacidades

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para recibir la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA llamando al (202) 720 -2600 (voz y TTY), o pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Las personas con discapacidades que deseen presentar una queja en relación con el programa deben consultar la información indicada anteriormente sobre cómo comunicarse con el Departamento directamente por correo postal o correo electrónico.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información indicada en este formulario es correcta. También comprendo que el hecho de no informar de manera completa y precisa puede dar lugar a sanciones en virtud de mi póliza, lo que incluye pero no se limita a la anulación de la misma, y a sanciones penales o civiles (18 U.S.C. §1006 y §1014; 7 U.S.C. §1506; 31 U.S.C. §3729, §3730 y cualquier otro estatuto federal aplicable).

Certifico que la información y las respuestas en esta solicitud son correctas según mi leal saber y entender; que ninguno de los motivos del rechazo establecidos en los puntos 1 a 4 de las "Condiciones de aceptación" se aplica; y que conozco y entiendo los requisitos de la Recopilación de información y datos (Ley de pólizas), así como todas las demás disposiciones contenidas en esta solicitud. Si la póliza de granizo para cosechas se emite en un estado con un descuento en efectivo, yo, el asegurado, entiendo que si no presento la prima de la póliza de granizo para cosechas antes de la fecha de vencimiento del 1 de julio, renuncio a mi derecho al descuento en efectivo. _____
Iniciales del asegurado

La fecha de vigencia de la cobertura de granizo para cosechas comienza a partir de la hora y fecha establecidas en las disposiciones generales de granizo para cosechas.

Tenga en cuenta lo siguiente:
Esta solicitud es solo para MPCÍ o para una solicitud combinada de MPCÍ/granizo para cosechas.

Autorización de Productores Ag Fecha

Nombre del solicitante/asegurado en letra de imprenta Firma del solicitante/asegurado Fecha Nombre del agente en letra de imprenta Firma del agente Número de código del agente Fecha