**FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE**

**ASSURANCE MORTALITE DE BETAIL**

**CONTRACTANT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom ou raison sociale   |  |
| Adresse   |  |
| Téléphone  |  | Fax  |  |
| Statut : [ ]  Société  ou [ ]  Particulier   |
| Situation du risque   |  |
| Délégation  |  |  | Code postal  |  |

**RENSEIGNEMENTS SUR LE CHEPTEL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de têtes   |  | Valeur maximale par tête (en DT)   |  |
| Nombre de têtes sous quarantaine  |  | Valeur totale du cheptel (en DT)  |  |

**QUESTIONNAIRE**

**Le proposant s’engage à soumettre son cheptel à une visite de risque.**

**Le proposant doit répondre clairement et avec précision à toutes les questions indiquées ci-dessous :**

|  |
| --- |
| 1. Pour l’exploitation des bêtes, disposez vous de : |
| * Bâtiments pour le cheptel ? Oui [ ]  ; Non [ ]
 |
|  Si oui, indiquez :  | - Nombres |  |
|  | - Type |  |
|  | - Emplacement |  |
| * + Salle de traite ?

 * + Paddock ?

 * + Salle de vêlage ?

 * + Box des veaux ?
	+ Infirmerie ?
 |  Oui [ ]  ; Non [ ]  Oui [ ]  ; Non [ ]  Oui [ ]  ; Non [ ]  Oui [ ]  ; Non [ ]  Oui [ ]  ; Non [ ]  |
| 2. Quelle est la nature de l’alimentation des bêtes ?  |
| * + Concentré
	+ Ensilage
 |  Oui [ ]  ; Non [ ]  Oui [ ]  ; Non [ ]  |
| 3. Les vaccinations suivantes des bêtes sont elles effectuées, et a quelle date ?  |
| * + Vaccin contre la fièvre aphteuse

 * + Vaccin intradermo tuberculination

 * + Vaccin contre la brucellose :
	+ Vaccin contre le charbon mixte
 | Oui [ ]  ; Non [ ] Oui [ ]  ; Non [ ] Oui [ ]  ; Non [ ] Oui [ ]  ; Non [ ]  | Date :Date :Date :Date :  |  |
|  |
|  |
|  |
| **NB :** Le proposant confirme que toutes les bêtes de son cheptel sont indemnes de toute maladie ……..contagieuse spécifique à l’espèce. |
| 4. Disposez-vous d’un vétérinaire permanent ?  | Oui [ ]  ; Non [ ]  |
|  Si oui, veuillez préciser : |
|  Nom  |  |
|  Adresse   |  | Code postal  |  |

Je soussigné, certifie que les déclarations faites ci-dessus, sont à ma connaissance exactes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fait à** |       | **, le** |       |

 **SIGNATURE**