**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**