

Formulaire de déclaration à l'assurance épizooties

A renvoyer à: epi@gallosuisse.ch

Nouvelle inscription Mutation du cheptel Modification du system de détention Changement du preneur d'assurance

1 Exploitation à assurer

Nom/Prénom _____
 Rue/no. _____
 Code postale/lieu _____
 No.BDTA _____
 Tel. / Tel. mobile _____
 E-Mail _____

Place d'animaux

P _____
 E _____
 C _____
 PP _____
 PE _____

Légende

P = Pondeuse
 E = Elevage
 C = Couvoir
 PP = Parentale Pondeuse
 PE = Parentale Elevage

Age unique* *Une exploitation avec différents troupeaux compte comme une exploitation à âge unique si pour chaque troupeau les systèmes d'alimentation, d'approvisionnement en eau, de ventilation et d'évacuation des déjections et le pâturage sont indépendants les uns des autres, et si les soins sont assurés conformément aux bonnes pratiques en matière d'hygiène.
 Plusieurs âge*

Bio oui non

Lieu(x) où l'assurance déploie ses effets = emplacement des poulailler.....
 (Seulement si différent de l'adresse ci-dessus)

Bâtiment neuf? oui non

Date pour le début de l'assurance.....

2 Questions supplémentaires

- Durant les 5 dernières années des mesures sanitaires ont-elles été ordonnées par un vétérinaire afin de préserver la santé de vos poules (p.ex. mesures sanitaires selon l'ordonnance sur les épizooties, chimiothérapie, etc.) oui non
 Si oui, les dates ?.....
 Les causes ?.....
- Votre exploitation présentait-elle actuellement l'un des risques à assurer (p.ex. toux, becs présentant des épanchements, réduction de la ponte œufs déformés, etc.) ? oui non
 Si oui, lesquels ?.....
- Quel service sanitaire ou service technique s'occupe-t-il de votre exploitation ?
 Nom.....
 Adresse.....

3 Autorisation à fournir des renseignements

J'autorise les représentants de GalloSuisse ainsi que les vétérinaires qui ont examiné ou traité les volailles assurées ou qui le feront à l'avenir à remettre à la Suisse Grêle tous les documents demandés et à lui fournir tout renseignement. Les conditions contractuelles détaillées peuvent être obtenues auprès du secrétariat de GalloSuisse.

4 Déclaration

Je déclare avoir fourni des informations complètes et véridiques, faute de quoi la compagnie d'assurance ne sera pas liée par le contrat conformément à l'article 6 de la loi sur le contrat d'assurance.

Lieu et date.....Signature.....