



Bitte einsenden an: Uelzener Versicherungen Veerßer Str. 67 29525 Uelzen Telefon 0581 8070-0 Fax 0581 8070-248

Tierseuchen-Betriebsunterbrechungsversicherung für Rinderhalter Bestands- und Risikofragebogen

VN-Name:	_____		
Anschrift:	_____		
Versicherungsort:	_____		
	<small>(Falls abweichend von VN)</small>		
Telefon:	_____	Fax:	_____
E-Mail:	_____		
Vermittler:	_____	Agentur-Nr.:	_____
Name:	_____		
Anschrift:	_____		
Telefon:	_____	Fax:	_____
E-Mail:	_____		

1. Bestandsgröße

Betriebstyp		Anzahl	Leistungsdaten
Milchproduktion	Milchkühe		Milchleistung/Kuh _____ kg, Milchpreis _____ ct./kg
Bullenmast	Plätze		Wert pro Schlachtbulle _____ EUR
Mutterkuhhaltung	Plätze		Wert pro Mutterkuh _____ EUR

2. Risikobeurteilung

1. Betriebsform

Nebenerwerb
 Vollerwerb
 Andere

Beteiligung an anderen Betrieben
 ja nein
 Beteiligung an anderen Betriebsstätten
 ja nein

Name/Anschrift der Betriebe/Betriebsstätten:

MVG-Tier/BeRiFBRind_1004.id

2. **Woher beziehen Sie Ihr Tiermaterial?**

Handel Rinderhalter Zuchtverband Auktion

Verfüttern Sie Kantinen-, Küchen-, Schlachthofabfälle auf Ihrem Betrieb? ja nein

Wird gewerblicher Tierhandel betrieben? ja nein

Aus wie vielen Lieferbeständen werden Tiere eingestallt? _____ Anzahl

3. **Tierzukauf** Handel Zuchtverband Zuchtunternehmen

Rasse der Tiere: _____

Tierverkauf Direktverkehr Handel Erzeugerorganisation

4. Wieviele Personen betreuen den Tierbestand? _____

5. **Gülleabfuhr** durch eigenen Betrieb Maschinenring Lohnunternehmen

Ist sichergestellt, dass Fahrzeuge, Güllefässer, Maschinen oder sonstige Geräte, die auch auf anderen Betrieben genutzt werden, vor dem jeweiligen Wechsel des Einsatzortes ordnungsgemäß gereinigt und desinfiziert werden? ja nein

Ist eine separate Kadaverlagerung vorhanden? ja nein

6. Unterliegt der zu versichernde Bestand z. Zt. einer **amtstierärztlichen Maßnahme**? (Z. B. Sperrbezirk, Beobachtungs-, Wildschweinepest-Überwachungsgebiet) ja nein

Wenn ja, welcher: _____

Zuständiges Veterinäramt: _____

Unterliegen die Zulieferbetriebe z. Zt. einer amtstierärztlichen Maßnahme? (Z. B. Sperrbezirk, Beobachtungs- oder Überwachungsgebiet) ja nein

7. Die **Betreuung des Rinderbestandes** erfolgt durch folgenden Tierarzt (Name, Anschrift):

Ist ein Bestandsbetreuungsvertrag mit dem Tierarzt geschlossen? ja nein

8. Sind Sie **Mitglied** in einem Leistungskontrollverband? ja nein

Wenn ja, in welchem? _____

Sind Sie Mitglied in einem Zuchtverband? ja nein

Wenn ja, in welchem? _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Unterschriften:

Ort, Datum

Unterschrift VN

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler