

CUESTIONARIO

SOBRE

ACUICULTURA



ACUICULTURA MARINA Y ACUICULTURA CONTINENTAL

Cumplimentar según proceda, para establecimientos de ACUICULTURA MARINA ó ACUICULTURA CONTIINENTAL

SE CUMPLIMENTARÁ UN CUESTIONARIO POR CADA TIPO DE ESTABLECIMIENTO

IMPORTANTE:

Debe adjuntar a este cuestionario obligatoriamente PLANO DE LOCALIZACIÓN DEL CENTRO ACUÍCOLA Y PLANO DE LAS INSTALACIONES, con las **UNIDADES de PRODUCCIÓN existentes NUMERADAS**.

Asimismo, se adjuntará copia del “Proyecto de la Instalación” cuando proceda, a instancias de AGROSEGURO.

1.- DATOS DE LA EMPRESA QUE DESEA ASEGURAR:

Nombre:
 Dirección:
 Teléfono: Móvil..... Fax: Télex:
 Nº años de actividad ininterrumpida hasta la fecha actual:
 Persona de contacto:.....
 Correo electrónico:

| Personal empleado (nº) | CUALIFICACIÓN* | EXPERIENCIA | TIPO DE CONTRATO |
|------------------------|----------------|-------------|------------------|
| | | | |

*En el caso de buzos especificar titulación.

Establecimientos cercanos de cultivo de peces y distancia a los mismos (en Km): ..

Documentación de control de entradas y salidas de la explotación:

| | TIPO DE DOCUMENTOS PROPIOS | TIPO DE DOCUMENTOS OFICIALES | OTROS TIPOS DE DOCUMENTOS |
|------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| ENTRADAS: | | | |
| SALIDAS: | | | |

2.- DESCRIPCIÓN DE LAS INSTALACIONES

UBICACIÓN:

PROVINCIA:

COMARCA:

TÉRMINO MUNICIPAL:

En caso de Jaulas (Jaulas) y Plataformas Marinas, además de los datos anteriores consignar los siguientes:

COSTA:

LATITUD:

LONGITUD:

| Acuicultura Continental | | |
|-------------------------|-----|-------------------|
| Cuenca Hidrográfica | Río | Nº Estación aforo |
| | | |

Tipo de instalación:

| Marina | | Continental | |
|-------------------------------|--|--------------------|--|
| Jaulas (Jaulas) / Plataformas | | Tanques | |
| Tanques | | Hatchery - Nursery | |
| Hatchery - Nursery | | | |
| Esteros | | | |

Otros (especificar):

Filtros:

| | | En la parte del circuito SIN recirculación de agua | En la parte del circuito CON recirculación de agua |
|-----------------------------|-------------|--|--|
| Utiliza filtros: (si/no) | | | |
| ¿En qué puntos?: | | | |
| ¿De qué tipo?: | (biológico) | | |
| | (mecánico) | | |
| | (otros)* | | |

*Otros (especificar):.....

¿Cuál es el mantenimiento de los mismos?:

El sistema de **recirculación de agua** es:

| | |
|----------------|--|
| Permanente: | |
| De emergencia: | |

3.- EQUIPOS

- ¿Dispone de **generador de corriente auxiliar**?

| Potencia máxima del equipo necesario (Kva) | Potencia máxima del equipo auxiliar (Kva) |
|--|---|
| | |

- Los equipos generadores de corriente eléctrica, ¿están ubicados en el mismo lugar?

- **Sistema de bombeo:**

Nº de bombas con motor eléctrico:.....

Nº de bombas con motor de explosión:.....Capacidad del depósito de combustible:.....

| Bombas activas (plena capacidad) | | | Bombas de emergencia y auxiliares | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------------------------|---------------|----------------|
| Nº | Potencia (kw) | Caudal (l/min) | Nº | Potencia (kw) | Caudal (l/min) |
| | | | | | |

-Sistema de oxigenación:

- ¿Cuál o cuáles de las siguientes fuentes de oxígeno utiliza?:

| | CAPACIDAD (M ³) | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------|
| | Sistema principal | Sistema auxiliar |
| Depósito de oxígeno líquido: | | |
| Generador: | | |
| Botellas de oxígeno gaseoso: | | |
| Otros: | | |

- ¿Se realiza inyección de oxígeno líquido?

En el canal de entrada Directamente en los tanques Otros

- ¿Quién realiza las labores de **mantenimiento de instalaciones y equipos**?

.....

- ¿De qué tipo de **aparatos de medida** dispone en su instalación?

| | Móvil | Fijo | Posición del sensor |
|------------------|-------|------|---------------------|
| Caudalímetro: | | | |
| Niveles de agua: | | | |
| Oxímetro: | | | |
| Termómetro: | | | |
| Salinómetro: | | | |
| Medidor de pH: | | | |
| Otros: | | | |

Otros (indicar):

- ¿Ante qué averías en las redes de distribución dispone de **alarmas ópticas y acústicas**?

| | Óptica | Acústica | Posición de la alarma |
|------------------|--------|----------|-----------------------|
| Caudalímetro: | | | |
| Niveles de agua: | | | |
| Oxímetro: | | | |
| Termómetro: | | | |
| Salinómetro: | | | |
| Medidor de pH: | | | |
| Otros: | | | |

Otras (especificar):

- ¿Dispone de **red de avisos-telefonía** frente a averías?: SI NO

Especifique cómo funciona:.....

- ¿Cuántos extintores tiene la instalación?:

- ¿Tiene instalado pararrayos la instalación?: SI NO

4.- OTRAS CARACTERÍSTICAS; OPERACIONES DE MANEJO

- ¿Realizan control diario de existencias? ¿Y de los parámetros del agua?
- ¿En qué tipo de soporte registran la información (informático, papel, ...)?
-
- ¿Se retiran diariamente los animales muertos o con síntomas de enfermedad?
- **Tipo de vigilancia:** 24 horas Diurna

| VIGILANTES | CUALIFICACIÓN | EXPERIENCIA | TIPO DE CONTRATO |
|------------|---------------|-------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- ¿Hay una banda importante de tráfico marítimo cerca de la instalación?
- ¿A qué distancia (Km)?.....

¿A qué distancia (en Km) de su instalación existen posibles fuentes de contaminación?:

| TIPO DE CONTAMINACIÓN* | SI/NO | KM |
|------------------------|-------|----|
| Industrial: | | |
| Agraria: | | |
| Urbana: | | |
| Otras: | | |

*Especificar:

En el caso de **toma de agua en rías o caños:**

- ¿Existe alguna fuente de contaminación o enfermedades cercana?
- ¿A qué distancia (Km)?
- ¿Disponen de zona de reserva de agua? Volumen (m³) de la misma:

*** CUMPLIMENTAR LAS SIGUIENTES CUESTIONES SEGÚN EL TIPO DE INSTALACIÓN:**

a) Para el caso de cultivo intensivo en tanques y/o hatchery-nursery, tanto marinas como continentales:

Indicar la **periodicidad** (en días o meses) con que se realizan las siguientes operaciones, según proceda:

- **Vaciado sanitario de las instalaciones:**
 - **Limpieza de tanques:** **Limpieza de fondos:**
 - **Desinfecciones de tanques y tuberías:**
 - **Mantenimiento de pediluvios:**
- ¿Qué otras medidas de profilaxis se llevan a cabo?
-
-

b) Para el caso de Jaulas:

- ¿A qué distancia media de la costa se encuentran los Jaulas (Jaulas) y/o plataforma?
- ¿A qué distancia del puerto base se encuentran los Jaulas (Jaulas) y/o plataforma?
- ¿Cuál es la profundidad mínima en la concesión?
- ¿Cuál es la distancia mínima entre el fondo del copo de la red y el fondo del mar?

¿Están sus Jaulas y/o plataformas y redes homologadas o diseñadas por empresas con experiencia en el sector?

Indicar la/s empresa/s

Jaulas y/o plataformas:

Redes:

Redes:

- Inventario: Códigos empleados:
- Días de inmersión:

| Nº DE UNIDADES | DIÁMETRO | Profundidad SIN copo | Profundidad CON copo |
|----------------|----------|----------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- ¿Qué grados tiene el ángulo formado entre el fondo marino y el tren de anclaje?
- ¿Tiene instaladas redes antipájaros?
- ¿Tiene instalado aro lastrado anticorriente para mantener volumen de redes?

- ¿Qué materiales y secciones de **cabos, estachas o cables** tiene instalados?:

| TRAMO | DIÁMETRO | TIPO MATERIAL |
|------------------------|----------|---------------|
| Aro flotación-volante | | |
| Boya flotación-volante | | |
| Volante-volante | | |
| Volante-cadena muerto | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- ¿Existe un correcto **balizamiento** de la instalación?.... Óptico Acústico

- ¿Con **cuántas** embarcaciones, de que **tipo y eslora** cuenta para las labores de racionamiento diario, pescas, mantenimiento de la instalación, etc.?.....
.....

- **PERIODICIDAD** en las labores de Limpieza, revisión y recambio de estructuras:

| | LIMPIEZA | | REVISIÓN | | RECAMBIO | |
|--|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Cada X | | Cada X | | Cada X | |
| | Días | Meses | Días | Meses | Días | Meses |
| Redes | | | | | | |
| Boyas flotación | | | | | | |
| Aro flotación redes | | | | | | |
| Estachas unión boya flotación-volante | | | | | | |
| Estachas unión aro flotación a volante | | | | | | |
| Estachas unión volante-volante | | | | | | |
| Estachas unión volante-cadena muerto | | | | | | |
| Balizas | | | | | | |
| Estachas de la baliza | | | | | | |
| Estachas unión lastres-red | | | | | | |
| Ánodos de zinc | | | | | | |
| Grilletes y guardacabos | | | | | | |
| Cadenas de muertos | | | | | | |
| Muertos | | | | | | |

* **Especificar cada cuántos días o cada cuántos meses se realiza la limpieza o revisión o recambio.**

- ¿Disponen de red perimetral de protección alrededor de las Jaulas (Jaulas)?

- ¿Hay algún puerto pesquero o deportivo cerca de la instalación?

¿A qué distancia (Km)?

c) Para el caso de cultivo semi-intensivo en naves o canales:

- ¿Con qué periodicidad se realiza el vaciado y desinfección de las naves o canales?

d) Para las piscifactorías de aguas continentales:

- ¿A qué distancia de la instalación se encuentra el nacimiento del río?

- ¿Y la estación de aforo más cercana?

- ¿A qué altura y distancia (m) se encuentra la instalación del cauce del río?:

Altura: Distancia:

- ¿Tienen muro de contención frente a avenidas?

5.- SOBRE ENFERMEDADES Y CONTAMINACIÓN QUÍMICA

- Enumere las enfermedades que han aparecido y las pérdidas sufridas en su explotación en los últimos 5 años:

| Año | Enfermedad | Pérdidas en Kg | Pérdida sobre existencias (%) |
|-----|------------|----------------|-------------------------------|
| | | | |

Especifique por separado diferentes brotes en el mismo año.

- ¿Existe/n alguna/s enfermedad/es recurrente/s o de difícil erradicación en su instalación? Especificar.....

- Medidas de prevención:

- Igualmente para el caso de pérdidas por contaminación química (incluida marea negra):

| Año | Tipo de accidente / contaminante | Pérdidas en Kg | Pérdida sobre existencias (%) |
|-----|----------------------------------|----------------|-------------------------------|
| | | | |

- Indique el origen de los huevos, alevines y reproductores de su establecimiento:

| Tipo de animal | Procedencia | |
|----------------|-------------|---------|
| | País | Empresa |
| Huevos | | |
| Alevines | | |
| Reproductores | | |

- ¿Proviene de zonas autorizadas oficialmente respecto a alguna/s enfermedad/es?
 ¿Qué zonas?
 ¿Qué enfermedades?

- ¿Se encuentra su instalación en zona autorizada oficialmente respecto a determinadas enfermedades?.....
 En caso afirmativo, ¿cuáles?
 ¿Posee Certificado individual correspondiente al efecto, según la Legislación Comunitaria en vigor?
 ¿Está en trámite de conseguirlo? (En este caso, especificar el tiempo que les queda para obtenerlo)

- ¿Qué tipos de vacunas emplea?:

| MODO DE APLICACIÓN | ENFERMEDAD |
|--------------------|------------|
| Baños: | |
| Inyección: | |
| Baños: | |
| Inyección: | |
| Otros: | |

- ¿Todas las partidas de huevos o alevines vienen con sus correspondientes certificados sanitarios? .

 - ¿Y de homogeneidad de tamaños?

- ¿Dispone de personal cualificado **ante enfermedades o contaminación**? (Especificar cualificación)

 ¿Bajo qué tipo de contrato?
 ¿Tienen laboratorio en la instalación suficientemente equipado para las determinaciones patológicas básicas?

- Indique el nombre del laboratorio concertado para otro tipo de patologías:
 - Proveedor/es de piensos:

6.- SOBRE DAÑOS POR TEMPORAL

- Enumere las pérdidas que han experimentado desde el inicio de la actividad por temporal. Indiquen si lo conocen la fuerza del mismo según AEMET:

| Fecha | Fuerza del temporal | Pérdidas en Kg | Pérdida sobre existencias (%) |
|-------|---------------------|----------------|-------------------------------|
| | | | |

Especifique por separado diferentes siniestros en el mismo año.

7.- OTROS

Indique otro tipo de medidas de las que se disponga en su instalación como prevención ante la ocurrencia de un riesgo:

.....

- **INDIQUE LAS GARANTIAS ADICIONALES ELEGIDAS:**

El Asegurado debe comunicar a Agroseguro, de modo fehaciente, cualquier variación que se produzca sobre lo declarado en este cuestionario.

En a de de

EL SOLICITANTE

ENTIDAD ASEGURADORA AUTORIZADA QUE
 TRAMITE LA SOLICITUD

