

# Epidemieversicherung für Betriebe mit Hühnerhaltung Anmeldeformular Legehennenhalter 2009

DVR: 1052110

Österreichische Qualitätsgeflügelvereinigung (QGV)  
Anerkannter Geflügelgesundheitsdienst  
Bahnhofstraße 9  
A-3430 Tulln

Telefon: 02272/82 600-17  
Sachbearbeiter: **Ing. Franz Ritt**  
Fax: 02272/82 600-4  
E-Mail: franz.ritt@qgv.at

Ich/Wir .....

PLZ/Ort ..... Strasse, Nr. ....

Tel.Nr. .... Fax-Nr. ....

Mobil Nr. .... E-Mail .....

LFBIS-Nr.

gebe/n hiermit meinen/unseren **Antrag auf Abschluss einer Epidemieversicherung für Legehennenbetriebe** für meinen /unseren Betrieb gemäß folgender Bestandsdaten bekannt:

**Bitte jeden Legehennenstall einzeln angeben:**

<b>Stall Nr.</b>	<b>Versicherungsstandort(e)</b> = Ort der Ställe (Adressangabe für den jeweiligen Stall nur erforderlich, wenn nicht identisch mit oben stehender Betriebsadresse)  <b>PLZ, Ort, Strasse, Nr.</b>	<b>Betriebsart</b>  LH = Legehennen	<b>Altersgruppen (AG) pro Stall:</b> Befindet sich in diesem Stall eine oder mehrere AG? 1 = Eine AG M = Mehrere AG (bitte 1 od. M angeben) *	<b>Bestand Tierplätze</b> (bei voller Belegung des Stalles)
1		LH		
2		LH		
3		LH		
4		LH		
5		LH		

(wenn Tabelle nicht ausreicht, bitte ein zweites Blatt nehmen)

\*) **1** = Eine Altersgruppe (=AG) > Rein-Raus-Haltungssystem in epidemiologisch getrennten Ställen mit getrennter Futter- und Wasserversorgung, hygienisch getrennten Zugängen und Lüftungssystemen!

**M** = Mehrere Altersgruppen in nicht epidemiologisch getrennten Stallsystemen (keine getrennte Futter- und Wasserversorgung, keine hygienisch getrennten Zugänge und Lüftung!)

**Besonderer Hinweis:** Der Versicherungsschutz entfällt zur Gänze, wenn nicht alle am Betrieb vorhandenen Tierplätze und alle Standorte des Betriebes versichert werden!

Antragsfragen zur Epidemieversicherung: (zutreffendes bitte ankreuzen!)

1) Hat in den letzten 2 Jahren ein Tierarzt/eine Behörde Maßnahmen zur Gesunderhaltung ihrer Hühner hinsichtlich der versicherten Gefahren angeordnet?  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

Aus welchen Gründen: .....

2) Besteht heute Verdacht auf eine versicherte Gefahr im Betrieb?

ja  nein

(z.B. Husten, Schnabelausfluss, Minderleistung, deformierte Eier, erhöhte Mortalität, usw.)

Wenn ja, welche: .....

Zustimmungserklärung gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 idgF:

Ich/Wir stimme(n) der Verwendung aller mich/uns betreffenden personen- und betriebsbezogenen Daten und Produktionsdaten (insbesondere auch Betriebs- u. Befundergebnisse) zur elektronischen Erfassung und Verarbeitung zu.

Darüber hinaus stimme(n) ich/wir der Weitergabe dieser Daten zu, an

- a) die zuständige Versicherungsgruppe, soweit sie für die Erledigung und Abwicklung des Versicherungsverhältnisses (Antrag und Schaden) eine wesentliche Voraussetzung bilden
- b) die WBV Wallner & Partner, Beratung & Versicherungsservice GmbH bzw. an die AXA Winterthur Versicherung AG sowie die W. Städtische Vienna Insurance Group für die Abwicklung des Versicherungsverhältnisses eine Voraussetzung bilden

Eine sonstige Übermittlung an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher Erteilung meiner/unserer Zustimmung und nur für Zwecke, die mit der Abwicklung des Versicherungsverhältnisses im Zusammenhang stehen.

Ich/Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass diese Zustimmungserklärung gemäß Datenschutzgesetz jederzeit von mir/uns schriftlich widerrufen werden kann, was den Verlust des Versicherungsverhältnisses bewirkt (ausgenommen Übermittlungen auf Grund gesetzlicher Übermittlungsbestimmungen). Der ordnungsgemäße Widerruf hat allerdings zur Folge, dass dies zum Haftungsausschluss durch die AXA Winterthur führt!

Verpflichtungserklärung: Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, Organen, welche im Zuge der Abwicklung des Versicherungsverhältnisses sowie im Schadensfall eine Erhebung durchführen, den Zutritt zu den nach Ansicht der Organe maßgeblichen Räumlichkeiten zu ermöglichen und die verlangten Auskünfte zu erteilen.

Haftungsfreistellung: Ich/Wir erkläre(n) ausdrücklich, dass ich/wir die alleinige Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit sämtlicher Angaben und Daten übernehme(n). Ich/Wir nehmen zur Kenntnis, das ich/wir im Falle des Verlustes des Versicherungsschutzes bzw. Verlustes einer Versicherungsleistung auf Grund einer Nichterfüllung einzelner oder mehrerer Vorschriften keinerlei Ansprüche an die Österreichische Qualitätsgeflügelvereinigung stellen kann und erkläre ausdrücklich, dass die Österreichische Qualitätsgeflügelvereinigung diesbezüglich von jeder Haftung befreit ist.

Einzugsermächtigung für Versicherungsprämien:

Geldinstitut: ..... Bankleitzahl: ..... Kontonummer: .....

Ich/Wir ermächtigen die Österreichische Qualitätsgeflügelvereinigung, meine/unsere Versicherungsprämien im Rahmen der Epidemievericherung bis auf Widerruf von meinem/unserem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen.

Damit ist auch meine/unsere Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

Ich/Wir nehme/nehmen zur Kenntnis, dass Kosten aufgrund fehlender Kontodeckung zu meinen/unseren Lasten gehen. Ich/Wir habe/haben das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Verlust des Versicherungsschutzes bei fehlender Kontodeckung:

Die Erteilung der Einzugsermächtigung für die Versicherungsprämie ist Voraussetzung für die Gültigkeit dieses Antrags. Ich/Wir nehme/nehmen zur Kenntnis, dass bei fehlender Kontodeckung ein Verlust des Versicherungsschutzes erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Firmenstempel

Entscheid -AXA Winterthur:

Antrag angenommen für ..... Gefahren ab: .....

Antrag nicht angenommen für ..... Gefahren bis: .....

Winterthur, am .....

Dr. med. vet. R. Wyss, Leiter Fachstelle EV .....