

**EPIDEMIE - ERTRAGSAUSFALL - VERSICHERUNG**

# ANMELDEFORMULAR

## LEGEHENNENHALTER - JUNGHENNENHALTER

Österreichische Qualitätsgeflügelvereinigung (QGV)  
Anerkannter Geflügelgesundheitsdienst  
3430 Tulln, Technopark 1D

Telefon: 02272 / 82 600  
Fax: 02272 / 82 600-4  
E-Mail: office@qgv.at

Ich/Wir: (Versicherte)			
PLZ / Ort:		Straße, Nr.:	
Tel. Nr.:		Fax-Nr.:	
Mobil Nr.:		E-Mail:	

LFBIS-Nr.: 

--	--	--	--	--	--	--	--

 QGV-Nr.: 

--

Anmerkung: 

--

gebe/n hiermit meinen/unseren **Antrag auf Abschluss einer Epidemiever sicherung für Legehennen /Junghennen** für meinen/unseren Betrieb gemäß folgender Bestandsdaten bekannt:

**BITTE JEDEN GEFLÜGELSTALL EINZELN EINTRAGEN**

Stall-Nr.	Versicherungsstandort Ort der Stallungen Erforderlich wenn nicht ident mit Betriebsadresse	Haltungsform BH FH BIO	Bestand = maximale Anzahl der Legehennen-Plätze bei VOLLER BELEGUNG!	Anzahl Herden	Altersgruppen <sup>1</sup> pro epidemiologischer Einheit E = Einaltersherde M = Mehraltersherde
1					
2					
3					
4					
<b>Summe</b>					

(wenn die Tabelle nicht ausreichend ist, bitte ein zusätzliches Anmeldeblatt verwenden)

- 1) E = eine Altersgruppe, dh Rein-Raus-Haltungssystem in epidemiologisch getrennten Ställen mit getrennter Futter- und Wasserversorgung, hygienisch getrennten Zugängen und Lüftungs- und Entmistungssystemen.  
M = mehrere Altersgruppen ohne epidemiologische Trennung am Betriebsstandort

**Mehr als 2 Stallungen:** sind mehr als 2 Stallungen in Verwendung, so ist eine übersichtliche Stallskizze beizufügen.

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

### Antragsfragen zur Epidemiever sicherung: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

1) Hat in den letzten 2 Jahren ein Tierarzt / eine Behörde Maßnahmen gemäß Geflügelhygieneverordnung oder nach dem Tierseuchengesetz idgF zur Gesunderhaltung ihrer Hühner/Puten hinsichtlich versicherter Gefahren angeordnet?	Ja	Nein	
Wenn ja, welche und aus welchem Grund: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Besteht zum Zeitpunkt der Anmeldung der Verdacht auf eine versicherte Gefahr im Betrieb? (z.B. Husten, Schnabelausfluss, Minderleistung, deformierte Eier, erhöhte Mortalität etc.)	Ja	Nein	
Wenn ja, welche: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Einwilligung zur Datenverarbeitung und -übermittlung (gemäß DSGVO EU 2016/679 und DSG 2000, BGBl. I Nr. 120/2017 idgF):

Wir, die Österreichische Qualitätsgeflügelvereinigung (QGV) und die WBV Wallner & Partner Beratung & Versicherungsservice GmbH sowie etwaige Konzerngesellschaften (im Folgenden kurz Datenverarbeiter), verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie des Datenschutzgesetzes. Nachfolgend unterrichten wir Sie über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung:

Wir verarbeiten jene personenbezogenen Daten, nämlich Name, Adresse, Telefonnummern (Mobil wie Festnetz), E-Mail-Adresse sowie betriebsbezogene und produktionsbezogene Daten [u.a. LFBIS-Nr., Haltungsform, Altersgruppe, Anzahl Tiere und Herden, Betriebs- und Befundergebnisse], die Sie uns als Kunde zum Abschluss des Vertrages zur Verfügung stellen. Die Datenverarbeitung erfolgt zur Erledigung/Erfüllung und Abwicklung des Versicherungsverhältnisses (Antrag und Schaden). Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung sind:

- Einwilligung gem. Art 6 Abs 1 lit a DSGVO
- Vertragsanbahnung- und -erfüllung gem. Art 6 Abs 1 lit b DSGVO
- Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen des Verantwortlichen gemäß Art. 6 Abs 1 lit c DSGVO
- Wahrung berechtigter Interessen des Verantwortlichen gem. Art 6 Abs 1 lit f DSGVO

Die zur Verfügung gestellten Daten verwenden wir ausschließlich zur Beantwortung Ihrer Anfragen, zur Abwicklung des Versicherungsvertrages, zu eigenen Auswertungen und für die technische Administration. Personenbezogene Daten werden von uns an Dritte nur weitergegeben oder sonst übermittelt, wenn dies zum Zwecke der Vertragsabwicklung oder zu Abrechnungszwecken erforderlich ist oder Sie als Interessent und/oder Kunde zuvor eingewilligt haben.

Als Interessent und/oder Kunde haben Sie das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Löschung der gespeicherten personenbezogenen Daten erfolgt, wenn Sie als Interessent und/oder Kunde die Einwilligung zur Speicherung widerrufen, wenn ihre Daten zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zwecks nicht mehr erforderlich sind oder wenn ihre Speicherung aus sonstigen gesetzlichen Gründen unzulässig ist bzw. wird. Daten für Abrechnungs-, Haftungs- und/oder buchhalterischen Zwecken unterliegen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gemäß österreichischer Gesetzeslage und werden von einem Lösungsverlangen nicht berührt.

**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, dass ich/wir im Falle des Verlustes des Versicherungsschutzes bzw. Verlustes einer Versicherungsleistung auf Grund einer Nichterfüllung einzelner oder mehrere Vorschriften keinerlei Ansprüche an meine/unsere Versicherungsgruppe stellen kann/können und erkläre(n) ausdrücklich, dass die Versicherungsgruppe diesbezüglich von jeder Haftung befreit ist.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine personenbezogenen Daten, sowie betriebsbezogene und produktionsbezogene Daten, von den Datenverarbeiter zu den oben genannten Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt, sowie an die oben genannten Unternehmen weitergegeben bzw. übermittelt und verarbeitet werden dürfen.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis mit der Folge, dass die Vertragserfüllung ohne Einwilligung nicht mehr erfüllt werden kann, verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung kann ich an den angeführten Kontakt senden.

### Förderung von Versicherungsprämien:

Mit der Einzahlung der Versicherungsprämie beantragt der Versicherte eine etwaige Prämienförderung und nimmt die Voraussetzungen, die in der „Sonderrichtlinie der Bundesministerin für Nachhaltigkeit und Tourismus zur Förderung von Versicherungsprämien gegen Schäden an landwirtschaftlichen Kulturen und an landwirtschaftlichen Nutztieren“ (Versicherungsprämienförderung; abrufbar auf der Homepage des BMNT) normiert sind, ausdrücklich zur Kenntnis.

Dazu zählt auch die Weiterleitung antragsrelevanter Daten zur Förderberechnung an das BMNT und an das Amt der jeweiligen Landesregierung.

### SEPA Lastschrift Mandat:

<b>Geldinstitut:</b>	
<b>IBAN:</b>	

Zahlungsart: wiederkehrend

Creditor:

Ich/Wir ermächtigen die Österreichische Qualitätsgeflügelvereinigung (QGV), anerkannter Geflügelgesundheitsdienst, Zahlungen für meine/unsere Versicherungsprämien im Rahmen der Epidemievericherung von meinem/unsere Konto mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Österreichische Qualitätsgeflügelvereinigung (QGV), anerkannter Geflügelgesundheitsdienst, auf mein/unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. Ich/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unsere Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich/Wir nehme/nehmen zur Kenntnis, dass Kosten aufgrund fehlender Kontodeckung zu meinen/unsere Lasten gehen.

**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  
(Versicherte)

Antrag angenommen:

Antrag nicht angenommen: