

## ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG ZAR

Österreichische Hagelversicherung  
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit  
Lerchengasse 3-5, 1081 Wien  
Tel.: 01/403 16 81, Fax: 01/403 16 81 -46  
office@hagel.at, www.hagel.at

## ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Zuname (Bitte in BLOCKSCHRIFT)

Vorname (Bitte in BLOCKSCHRIFT)

Polizzen-Nr.

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

Titel

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Hausname

Straße

Betriebs-Nr.

Betriebsstätten-Nr.

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

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

Postleitzahl, Wohnort

Bezirk

Ortsgemeinde

E-Mail

Telefon / Fax

Mobil

1. Ich erkläre meine ausdrückliche Einwilligung gemäß Artikel 7 Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) 2016/679) in der geltenden Fassung, dass die Zentrale Arbeitsgemeinschaft österreichischer Rinderzüchter (ZAR) die unter Punkt 2. bezeichneten edv-mäßig erfassten Daten der Österreichischen Hagelversicherung für ausschließlich folgende Zwecke übermitteln darf:

- Prämienberechnung
- Schadensauszahlung
- Schadensfeststellung

2. Die Übermittlung zur angeführten Betriebs-Nr. / Betriebsstätten-Nr. umfasst folgende Daten:

- Zur Prämienberechnung die Anzahl aller weiblichen Tiere ab dem 24. Lebensmonat mit einem vorgeschätzten oder tatsächlichen Gesamtzuchtwert von größer/gleich 105
- Im Schadensfall zur Ohrmarken-Nummer des verendeten Tieres den vorgeschätzten oder tatsächlichen Gesamtzuchtwert zum Datum der Verendung, sowie das Geburtsdatum und die Rasse, wenn das Alter des Tieres größer/gleich 24 Lebensmonate ist und es einen vorgeschätzten oder tatsächlichen Gesamtzuchtwert von größer/gleich 105 hat

3. Ich kann diese Zustimmungserklärung jederzeit schriftlich gegenüber der Österreichischen Hagelversicherung widerrufen mit der Folge, dass

- die Übermittlung meiner Daten an die Österreichische Hagelversicherung unverzüglich eingestellt wird und
- die Österreichische Hagelversicherung alle von der ZAR übermittelten Daten nicht mehr benützt und löscht.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer