



8. Au cours des 5 dernières années, des dommages résultant de votre défaillance lors de la réalisation d'un film ont-ils causés par votre maladie ou des suites d'accident ? <b>Si vous répondez par oui</b> : quand et pour quel film ?  Quelle maladie ou quel accident en était la cause ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
9. La conclusion d'une assurance-vie ou maladie vous a-t-elle déjà été refusée ou des conditions compliquant la conclusion ont-elles été posées ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
10. Avez-vous l'intention d'accepter d'autres engagements durant la réalisation du film ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
11. Pratiquez-vous durant la durée du contrat d'assurance des sports dit extrêmes ou un autre sport de compétition ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
12. <b>Uniquement pour personnes féminines:</b> êtes-vous enceinte ? <b>Si vous répondez par oui</b> - date de naissance probable : _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous ou aviez-vous des troubles menstruels <b>fréquents / réguliers</b> ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Pour les questions répondues par «Oui» (ou par «Non» pour la question 2), exposez exactement ci-après de quel diagnostic ou atteinte ou de quel traitement il s'est agi et quand celui-ci a eu lieu ! (Si nécessaire, ajouter une feuille séparée et indiquer le médecin de famille ou le médecin auquel vous avez eu recours)**

entièrement guéri ?    **Oui**     **Non**

Nom et adresse du médecin auquel vous avez eu recours : \_\_\_\_\_

#### Informations et déclaration valide

Je suis au courant que la présente déclaration sert de base à la conclusion d'une assurance défaillance. Je suis d'accord avec la conclusion de cette assurance. Mes réponses aux questions précédentes sont conformes à la vérité et complètes et données en toute conscience. Je suis convaincu que mon état de santé actuel ne représente pas un risque de maladie pour moi durant les prises de vues pour le film indiqué au verso, respectivement pour la réalisation de la manifestation indiquée. Je suis au courant que la Deutsche FilmversicherungsGemeinschaft (DFG) a le droit de faire valoir des demandes de dommages-intérêts contre moi en cas d'indications sciemment incorrectes dans la présente déclaration. Si la couverture de l'assurance ne vient pas en question pour moi, le souscripteur de l'assurance en sera informé.

#### Déclaration de déliement du secret professionnel

Je délie les médecins traitants et / ou médecins délégués par la DFG et / ou les autorités de leur obligation de conserver le secret professionnel, même lors de la survenance d'un sinistre, entre eux et à l'égard de la DFG, des assureurs et réassureurs concernés, des courtiers en assurances et experts, de même qu'à l'égard de toutes les personnes physiques exerçant des activités en rapport avec la conclusion, l'encadrement et le traitement des sinistres, qui sont simultanément habilitées à échanger des informations médicales entre elles et à transmettre ces informations aux collaborateurs/trices compétentes de la société assurée, du producteur et des autres participant(e)s à la production.

Cette déclaration est valable 30 mois à compter de la date de sa signature. Elle demeure valable au-delà du décès et notamment aussi en cas de sinistre.

#### Déclaration d'adhésion

Si l'état de santé entraîne une restriction ou un refus de la couverture de l'assurance, la DFG a alors le droit de transmettre dans la mesure où c'est nécessaire les données correspondantes relatives à la santé dans leur ensemble pour justification à la société assurée, aux producteurs et/ou aux parties intéressées à la production, aux courtiers et assureurs ou réassureurs intéressés.

Dans le cas d'un dommage résultant de la défaillance que j'ai occasionné, je m'engage à permettre le libre accès aux médecins mandatés par la DFG et un examen par ceux-ci.

Je donne mon adhésion pour que la DFG transmette dans l'étendue nécessaire des données qui ressortent des documents de demande ou de l'exécution du contrat (cotisations, sinistres, modifications des risques et du contrat, données de santé), aux réassureurs pour l'appréciation du risque et pour le suivi de la réassurance ainsi que pour l'appréciation du risque et des prétentions aux sociétés intéressées de la Deutsche FilmversicherungsGemeinschaft et aux autres assureurs.

Je donne en outre mon adhésion pour que la DFG gère les données relatives aux requêtes, aux contrats et aux prestations dans des regroupements communs de données.

Sur demande, des informations supplémentaires sur la transmission de données me seront envoyées.

\_\_\_\_\_ (Ville) \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature de la personne nommée au chiffre 1, respectivement du représentant légal pour les personnes qui ont moins de 18 ans)

# À rester chez la personne assurée

## Notice concernant la déclaration d'adhésion à l'assurance défaillance pour films

Tout retard ou toute interruption au cours d'une production de film et/ou une manifestation entraîne en règle générale des frais supplémentaires considérables. C'est pourquoi les protagonistes principaux d'une production / d'une manifestation (par exemple acteurs, cadres, metteurs en scène, artistes), qui ne peuvent pas être remplacés, sont assurés par le producteur / l'organisateur ou un émetteur contre un empêchement dû à la maladie durant le temps de tournage.

Le traitement des données dont nous avons connaissance sur votre personne est réglé par la Loi Informatique et libertés. Selon celle-ci, le traitement de données et leur utilisation sont admissibles lorsque la Loi Informatique et Libertés ou une autre disposition juridique le permet ou lorsque la personne concernée a donné son adhésion. La Loi Informatique et Libertés permet le traitement et l'utilisation de données lorsque cela se fait dans le cadre de l'affectation d'une relation contractuelle ou d'un rapport de confiance mutuelle identique à un contrat ou bien dans la mesure où c'est nécessaire pour sauvegarder des intérêts justifiés du service les mémorisant et où il n'y a pas lieu de supposer que l'intérêt digne d'être sauvegardé de la personne concernée l'emporte sur l'exclusion du traitement ou de l'utilisation.

### Déclaration d'adhésion

Indépendamment de cet examen des intérêts à faire dans le cas individuel et en considération d'une base juridique sûre pour le traitement des données, une déclaration d'adhésion conforme à la Loi Informatique et Libertés vous a été présentée. Si la déclaration d'adhésion est rayée entièrement ou en partie ou refusée, une couverture de l'assurance n'existe pas ; ceci sera notifié au souscripteur de l'assurance.

### Déclaration de dégageant de l'obligation de garder le secret professionnel

La transmission de données qui sont soumises comme par exemple chez le médecin au secret professionnel suppose une autorisation spéciale de la personne concernée (Dégageant de l'obligation de garder le secret professionnel). C'est la raison pour laquelle une telle déclaration vous a été également présentée.

Dans ce qui suit, nous vous indiquons quelques exemples importants pour le traitement de données dans le cadre de l'assurance défaillance :

### Souscripteur de l'assurance

Pour l'assurance défaillance, le souscripteur de l'assurance est soit le producteur / l'organisateur soit un émetteur qui commande une production. En tant que partie contractante, il ne reçoit cependant que le résultat des données de santé conduisant au refus ou à la restriction. Si le producteur / l'organisateur n'est pas souscripteur de l'assurance, il reçoit les données du souscripteur de l'assurance dans la mesure où c'est nécessaire pour la production / la manifestation. C'est la seule manière de garantir qu'un producteur / un organisateur par exemple puisse faire intervenir un acteur / un artiste conformément à ses possibilités (également relatives à sa santé).

### Courtiers d'assurance

Les courtiers d'assurance ne reçoivent les données de santé qui conduisent à la restriction ou au refus de la couverture d'assurance que si le souscripteur de l'assurance conclut le contrat par leur intermédiaire.

### Coassurance

Dans le cas de coassurances, les assureurs intéressés reçoivent également les données de santé nécessaires pour couvrir les risques.

### Réassurance

Si une partie des risques est transmise à des réassureurs, ceux-ci ont alors besoin des indications techniques correspondantes telles que le numéro de l'assurance ainsi que la nature du risque et, le cas échéant, la surprime de risque ainsi que dans des cas individuels également de votre identité. Si les réassureurs coopèrent lors de l'appréciation des risques et des dommages, les documents nécessaires pour cela sont également mis à leur disposition.



**Deutsche FilmversicherungsGemeinschaft**  
Geschäftsstelle Burmester, Duncker & Joly  
GmbH & Co. KG  
Postfach 11 22 31  
20422 Hamburg

**Ärztliche Bescheinigung  
zur Filmausfall-Versicherung  
Certificat médical pour assurance  
défaillance pour films  
(Stand / état au 2011/01)**

**(bitte in Druckschrift ausfüllen/à remplir en caractères d'imprimerie )**

Produktion/Firma  
Production / Société: \_\_\_\_\_

Film / Projekt  
Film / Project : \_\_\_\_\_

Beschäftigungszeitraum vom : \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Durée d'emploi du: \_\_\_\_\_ jusqu'à: \_\_\_\_\_

Untersuchte Person / Name  
Personne examinée / Nom : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum  
Date de naissance: \_\_\_\_\_

**Feststellungen über den Gesundheitszustand nach erfolgter Untersuchung**

Constatations sur l'état de santé après examen :

1. a) Gewicht / kg \_\_\_\_\_ b) Größe (cm)  
Poids / kg: \_\_\_\_\_ Taille (cm): \_\_\_\_\_

**Bei mit „JA“ und/oder „AUFFÄLLIG“ beantworteten Fragen wird um detaillierten Kommentar gebeten.**  
Veuillez donner un commentaire détaillé si les questions sont répondues par «OUI» et/ou par «SUSPECT»

2. Haut und Schleimhäute  unauffällig  auffällig  
Peau et muqueuses non suspect suspect  
Kommentar/commentaire: \_\_\_\_\_

3. Allergien  nein  ja  
Réactions allergiques non oui  
Kommentar/commentaire: \_\_\_\_\_

4. Mundhöhle und Rachen  unauffällig  auffällig  
Cavité buccale et pharynx non suspect suspect  
Kommentar/commentaire: \_\_\_\_\_

5. Bronchien und Lungen  unauffällig  auffällig  
Bronches et poumons non suspect suspect  
Kommentar/commentaire: \_\_\_\_\_

6. Herz und Kreislauf  unauffällig  auffällig  
Système cardio-vasculaire non suspect suspect  
Kommentar/commentaire: \_\_\_\_\_

7. Leib  unauffällig  auffällig  
*Abdomen non suspect suspect*

Kommentar/*commentaire*: \_\_\_\_\_

8. Physiologische Reflexe  unauffällig  auffällig  
*Réflexes physiologiques non suspect suspect*

Kommentar/*commentaire*: \_\_\_\_\_

9. Psyche  unauffällig  auffällig  
*état psychique non suspect suspect*

Kommentar/*commentaire*: \_\_\_\_\_

10. Urinstatus (Combur 8-Test)  unauffällig  auffällig  
*Urine non suspect suspect*

11. Blutdruckwerte  Beurteilung  
*Tension artérielle non suspect Appréciation*

12. Nimmt die zu versichernde Person Medikamente ?  ja  nein  
*La personne assurée prend-elle des médicaments ? oui non*

**Wenn ja, wo gegen ?**  
**Dans l'affirmative, contre quoi ?** \_\_\_\_\_

13. Liegen Anzeichen für unkontrollierte bzw. übermäßige Medikamenten-, Alkohol- oder sonstige Drogeneinnahme vor?  ja  nein  
*Existent-ils des signes d'un abus de médicaments, d'alcool ou de drogues diverses ? oui non*

Kommentar/*commentaire*: \_\_\_\_\_

14. Sonstige Feststellungen / Constatations diverses  
(Rheumatismus, Diabetes, sonstige chronische Erkrankungen oder organische Fehlfunktionen)  
(Rhumatisme, diabète, maladies chroniques diverses ou dysfonctionnements organiques)

15. Ist bei Gesamtbeurteilung des Untersuchungsergebnisses ein erhöhtes Ausfallrisiko erkennbar ?  
En appréciant le résultat de l'examen de manière globale, un risque accru de défaillance est-il reconnaissable ?

**Ja / oui**  **Nein / non**

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_  
*Remarques*

\_\_\_\_\_, den/le \_\_\_\_\_  
Wohnort /Domicile Datum / Date Unterschrift des untersuchenden Arztes  
Signature du médecin examinant

**Genaue Adresse / Stempel** \_\_\_\_\_  
**Adresse exacte / Cachet**