



Deutsche FilmversicherungsGemeinschaft

managed by
Burmester, Duncker & Joly GmbH & Co. KG
Postfach 11 22 31
20422 Hamburg

Gesundheitserklärung zur Personenausfall-Versicherung (Stand Januar 2012)

GERMANY

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

zum Vorhaben/Produktion: _____ Beschäftigungszeitraum: _____

bei der Firma: _____

Funktion innerhalb der Produktion (Haupt-, Nebenrolle, Regie, Kamera etc.): _____

<p>1. Vor- und Zuname _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Gewicht _____ Größe _____</p> <p>Bei Schwerbehinderung bitte den Grad der Behinderung angeben: _____%</p>	<p>Männlich <input type="checkbox"/></p> <p>Weiblich <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Sind Sie zurzeit vollständig gesund und in jeder Hinsicht arbeitsfähig? Falls nein: bitte Ursache genau erläutern.</p>	<p style="text-align: center;">Bitte ankreuzen</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Nehmen oder nahmen Sie folgende oder artverwandte Drogen: Marihuana, Kokain, Barbiturate, LSD, Amphetamine, Haschisch, Benzole, Meskalin, Heroin, Halluzinogene?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Trinken Sie täglich Alkohol? Falls ja: In welchen Mengen?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Haben Sie in den letzten 5 Jahren an irgendeiner Krankheit oder an Unfallfolgen gelitten bzw. ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Falls ja: Woran, und wer war oder ist der behandelnde Arzt?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Sind für die Zukunft bereits irgendwelche Behandlungen geplant oder angeraten? Falls ja: Welche, und wer ist der behandelnde Arzt?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren folgende Krankheiten und/oder Beschwerden:</p> <p>a) der Atmungsorgane?</p> <p>b) Herz-, Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel?</p> <p>c) der Verdauungsorgane?</p> <p>d) des Bewegungsapparates (z. B. Rücken, Gelenke, Knochen, Rheuma)?</p> <p>e) der Harnwege oder Geschlechtsorgane?</p> <p>f) der Augen, Nase oder des Gehörs?</p> <p>g) Nervenerkrankungen, Depressionen oder andere psychische Erkrankungen (z.B. Burn out, Essstörungen)?</p> <p>h) Allergien, allergische Reaktionen der Haut und Schleimhäute durch Medikamente, Licht, Schminke, Tusche und ähnliche Präparate?</p> <p>i) Herpes</p> <p>j) Irgendwelche anderen Krankheiten und/oder Beschwerden (z. B. Aids, Stoffwechselerkrankung, Krebs etc.)?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>

<p>8. Sind innerhalb der letzten 5 Jahre bei Ihnen durch Krankheit oder Unfallfolgen Ausfallschäden bei der Herstellung eines Films verursacht worden? Wenn ja: Wann, und bei welchem Film?</p> <p>Welche Krankheit oder welcher Unfall war die Ursache?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>9. Ist Ihnen der Abschluss einer Lebens- oder Krankenversicherung einmal verweigert oder sind erschwerende Bedingungen gestellt worden?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>10. Beabsichtigen Sie, während der Herstellung des Films anderen Engagements nachzugehen?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>11. Betreiben Sie während der Versicherungszeit sogenannte Extremsportarten oder anderen Leistungssport?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>12. Nur für weibliche Personen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja: Voraussichtlicher Geburtstermin: _____</p> <p>Haben oder hatten Sie häufige/regelmäßige Menstruationsbeschwerden?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bei mit „Ja“ beantworteten Fragen (bzw. „nein“ bei Frage 2) nachstehend bitte genau darlegen, um welche Diagnose bzw. Beeinträchtigung oder Behandlung es sich gehandelt hat und wann diese aufgetreten ist!
 (Bitte ggf. ein Extrablatt anfügen und Hausarzt oder den in Anspruch genommenen Arzt benennen)

Ausgeheilt? Ja Nein

Name und Anschrift des in Anspruch genommenen Arztes: _____

Hinweise und verbindliche Erklärung

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung dem Abschluss einer Ausfall-Versicherung zugrunde liegt. Mit dem Abschluss dieser Versicherung bin ich einverstanden. Vorstehende Fragen sind von mir wahrheitsgemäß und vollständig nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet worden. Ich bin der Überzeugung, dass sich aus meinem augenblicklichen Gesundheitszustand keine Gefahr der Erkrankung für mich während der Dauer der Aufnahmen zu dem umstehend angegebenen Film bzw. für die Durchführung der angegebenen Veranstaltung ergibt. Mir ist bekannt, dass die Deutsche FilmversicherungsGemeinschaft (DFG) berechtigt ist, bei wissentlich unrichtigen Angaben in dieser Erklärung Schadenersatzansprüche gegen mich geltend zu machen. Kommt der Versicherungsschutz für mich nicht zustande, wird darüber auch der Versicherungsnehmer unterrichtet.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Die behandelnden und/oder von der DFG beauftragten Ärzte und/oder Behörden entbinde ich, auch bei Eintritt eines Schadens, von Ihrer Schweigepflicht untereinander und gegenüber der DFG, den beteiligten Versicherern und Rückversicherern, dem Versicherungsmakler, sowie Sachverständigen und Gutachtern und allen im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Betreuung und Schadenbearbeitung dort tätigen natürlichen Personen, die hiermit zugleich ermächtigt werden, medizinische Informationen untereinander auszutauschen und auch den zuständigen Mitarbeiter/innen der versicherten Firma, des Produzenten und anderen an der Produktion Beteiligten, weiterzuleiten.
 Diese Erklärung ist 30 Monate ab Unterschriftsdatum gültig. Sie gilt über den Tod hinaus, und zwar auch für den Schadenfall.

Einwilligungserklärung

Kommt es aufgrund des Gesundheitszustandes zur Einschränkung bzw. Ablehnung des Versicherungsschutzes, so ist die DFG berechtigt, soweit erforderlich die entsprechenden Gesundheitsdaten im Ergebnis zur Begründung an die versicherte Firma, Produzenten und/oder an der Produktion Beteiligte, Vermittler und beteiligte Versicherer oder Rückversicherer weiterzugeben.
 Im Falle eines durch mich verursachten Ausfallschadens verpflichte ich mich, den von der DFG beauftragten Ärzten jederzeit Zutritt zu mir und eine Untersuchung durch diese zu gestatten.

Ich willige ein, dass die DFG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen, Gesundheitsdaten) ergeben, an die Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an die beteiligten Gesellschaften der Deutschen FilmversicherungsGemeinschaft und andere Versicherer übermittelt.

Ich willige ferner ein, dass die DFG die Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führt. Auf Wunsch werden mir zusätzliche Informationen zur Datenübermittlung zugesandt.

_____, den _____
 Ort (Unterschrift der unter Ziffer 1 genannten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters bei Personen unter 18 Jahren)

Zum Verbleib bei der versicherten Person

Merkblatt zur Einwilligungserklärung in der Filmausfallversicherung

Jede Verzögerung oder Unterbrechung bei einer Filmproduktion und/oder Veranstaltung führt in der Regel zu erheblichen Mehrkosten. Daher werden die Hauptprotagonisten einer Produktion/Veranstaltung (z. B. Schauspieler, Kameraleute, Regisseure, Künstler), die nicht durch Ersatzpersonen ausgetauscht werden können, durch den Produzenten/Veranstalter oder einen Sender gegen eine krankheitsbedingte Verhinderung während der Drehzeit versichert.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und Nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihnen eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG vorgelegt worden. Wird die Einwilligungserklärung ganz oder teilweise gestrichen bzw. verweigert, besteht kein Versicherungsschutz; dies wird dem Versicherungsnehmer mitgeteilt.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. Daher ist Ihnen auch eine Schweigepflichtentbindungserklärung vorgelegt worden.

Im Folgenden nennen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung im Rahmen der Ausfallversicherung:

Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist bei der Ausfallversicherung entweder der Produzent/Veranstalter oder ein Sender, der eine Produktion in Auftrag gibt. Er erhält als Vertragspartner auch die zur Ablehnung oder Einschränkung führenden Gesundheitsdaten, allerdings nur im Ergebnis. Ist der Produzent/Veranstalter nicht Versicherungsnehmer, erhält er vom Versicherungsnehmer die Daten, soweit sie für die Produktion/Veranstaltung erforderlich sind. Nur so ist gewährleistet, dass z. B. ein Produzent/Veranstalter einen Schauspieler/Künstler entsprechend seinen (auch gesundheitlichen) Möglichkeiten einsetzen kann.

Versicherungsvermittler

Versicherungsvermittler erhalten die Gesundheitsdaten, die zur Einschränkung bzw. Ablehnung des Versicherungsschutzes führen nur, wenn der Versicherungsnehmer über sie den Vertrag abschließt.

Mitversicherung

Für den Fall von Mitversicherungen erhalten auch die beteiligten Versicherer die zur Abdeckung der Risiken erforderlichen Gesundheitsdaten.

Rückversicherung

Wird ein Teil der Risiken an Rückversicherer weitergegeben, so benötigen diese die entsprechenden versicherungstechnischen Angaben wie Versicherungsnummer sowie Art des Risikos und ggf. Risikozuschlags sowie in Einzelfällen auch Ihre Personalien. Wenn Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die hierfür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.