



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

**Déclaration concernant la santé
pour l'assurance défaillance de personnes
(état au janvier 2012)**

pour le projet / la production : _____ Durée de emploi : _____

de la Société : _____

Fonction au sein de la production (rôle principal, secondaire, mise en scène, caméra etc.) : _____

<p>1. Prénom et nom de famille _____</p> <p>Date de naissance _____</p> <p>Poids _____ Taille _____</p> <p>En cas d'invalidité, veuillez indiquer le degré du handicap : _____%</p> <p>2. Êtes-vous actuellement en bonne santé et apte au travail à tout point de vue? Si oui : expliquez exactement la cause.</p> <p>3. Prenez-vous ou avez-vous pris les drogues suivantes ou d'espèce voisine : marijuana, cocaïne, barbituriques, LSD, amphétamine, haschisch, benzènes, mescaline, héroïne, hallucinogènes?</p> <p>4. Est-ce que vous buvez chaque jour des boissons alcooliques? Si oui : quelle est votre consommation journalière?</p> <p>5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie quelconque ou des suites d'un accident ou avez-vous eu recours à l'aide médicale? Dans l'affirmative : de quoi et qui était ou est le médecin traitant?</p> <p>6. Pour l'avenir, des traitements quelconques sont-ils prévus ou conseillés? Si oui : lesquels et qui est le médecin traitant?</p> <p>7. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été atteint et êtes-vous encore atteint des maladies ou maux suivants :</p> <p>a) Maladies de l'appareil respiratoire? _____</p> <p>b) Maladies cardiaques, vasculaires, hypertension, taux de cholestérol trop élevé? _____</p> <p>c) Maladies de l'appareil digestif? _____</p> <p>d) Maladies du système moteur (par exemple dos, articulations, os, rhumatisme)? _____</p> <p>e) Maladie des voies urinaires ou des organes génitaux ou parties génitales? _____</p> <p>f) Maladie des yeux, du nez ou de l'ouïe? _____</p> <p>g) Nerveuses maladies, Dépressions ou autres maladies psychiques (par exemple burn out, troubles du comportement alimentaire)? _____</p> <p>h) Allergies, réactions allergiques de la peau et des muqueuses, au médicaments, a la lumière, au maquillage et autres produits semblables _____</p> <p>i) Herpès _____</p> <p>j) Autres maladies et/ou maux quelconques (par exemple sida, troubles du métabolisme, cancer etc.)? _____</p>	<p>sexe masculin <input type="checkbox"/></p> <p>sexe féminin <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Cochez d'une croix</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p>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? Si vous répondez par oui : quand et pour quel film?</p> <p>Quelle maladie ou quel accident en était la cause?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>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?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Avez-vous l'intention d'accepter d'autres engagements durant la réalisation du film?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Pratiquez-vous durant la durée du contrat d'assurance des sports dit extrêmes ou un autre sport de compétition?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>12. Uniquement pour personnes féminines: êtes-vous enceinte? Si vous répondez par oui - date de naissance probable : _____</p> <p>Avez-vous ou aviez-vous des troubles menstruels fréquents / réguliers?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

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 dégageement 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 (Dégageement 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.