



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



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

Ärztliche Bescheinigung  
zur Filmausfall-Versicherung  
*Medical Certificate  
for a Cast-Insurance*  
(Stand/Version 2011/01)

(bitte in Druckschrift ausfüllen/please fill in print letters)

Produktion/Firma  
*production/companies:* \_\_\_\_\_

Film/Projekt  
*for the film/project* : \_\_\_\_\_

Beschäftigungszeitraum:: vom \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
*Period of employment:: from \_\_\_\_\_ till : \_\_\_\_\_*

Untersuchte Person / Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
*reported person/ name : \_\_\_\_\_ birthday : \_\_\_\_\_*

**Feststellungen über den Gesundheitszustand nach erfolgter Untersuchung**  
**results of the state of health after the examination:**

1. a) Gewicht / kg \_\_\_\_\_ b) Größe (cm) \_\_\_\_\_  
*weight / kilos : \_\_\_\_\_ height (cm) : \_\_\_\_\_*

**Bei mit „JA“ und/oder „AUFFÄLLIG“ beantworteten Fragen wird um detaillierten Kommentar gebeten.**  
**Please give detailed comments if questions are answered with „Yes“ or „conspicuous“.**

2. Haut und Schleimhäute \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig  
*skin and mucous membranes inconspicuous conspicuous*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

3. Allergien \_\_\_\_\_  nein  ja  
*allergic conditions no yes*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

4. Mundhöhle und Rachen \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig  
*mouth and throat inconspicuous conspicuous*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

5. Bronchien und Lungen \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig  
*Bronchial systems and lungs inconspicuous conspicuous*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

6. Herz und Kreislauf \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig  
*Cardio-vascular system inconspicuous conspicuous*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

7. Leib  unauffällig  auffällig  
*Abdomen inconspicuous conspicuous*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

8. Physiologische Reflexe  unauffällig  auffällig  
*Physiological reflexes inconspicuous conspicuous*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

9. Psyche  unauffällig  auffällig  
*Psyche inconspicuous conspicuous*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

10. Urinstatus (Combur 8-Test)  unauffällig  auffällig  
*Urine inconspicuous conspicuous*

11. Blutdruckwerte  Beurteilung  
*Blood-pressure Assessment* \_\_\_\_\_

12. Nimmt die zu versichernde Person Medikamente ?  ja  nein  
*Does the person to be insured take any medicine ? yes no*

**Wenn ja, wo gegen ?**  
**If yes, please state diagnosis ?** \_\_\_\_\_

13. Liegen Anzeichen für unkontrollierte bzw. übermäßige Medikamenten-, Alkohol- oder sonstige Drogeneinnahme vor?  ja  nein  
*Are there any signs of taking excessively medicine, drug abuse or alcoholism? yes no*

Kommentar/comments: \_\_\_\_\_

14. Sonstige Feststellungen / *Other findings*  
(Rheumatismus, Diabetes, sonstige chronische Erkrankungen oder organische Fehlfunktionen)  
(*Rheumatism, diabetes, any other chronic disease or organic malfunction*)

15. Ist bei Gesamtbeurteilung des Untersuchungsergebnisses ein erhöhtes Ausfallrisiko erkennbar ?  
*Do the overall results of this examination indicate any increased risk of illness/ accident/ non appearance?*

Ja / yes  Nein / no

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_  
*Remarks*

\_\_\_\_\_, den/the \_\_\_\_\_  
Wohnort / Place Datum / Date Unterschrift des untersuchenden Arztes  
Signature of examining physician

Genauere Adresse / Stempel  
Full adress / Mark \_\_\_\_\_