

Eberhard, Raith & Partner GmbH
 Trappentreustraße 1
 80339 München

Telefax 089-540163 / 34, Telefon 089-540163 / 0

Gesundheitserklärung zur Personenausfall-Versicherung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen.)

zum Vorhaben/Produktion: _____ Versicherungsdauer: _____

der Firma: _____

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

1. Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____ Gewicht _____ Größe _____ Bei Schwerbehinderung bitte den Grad der Behinderung angeben: ____ %	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">Bitte ankreuzen</p>
2. Sind Sie zur Zeit vollständig gesund und/oder in jeder Hinsicht arbeitsfähig (falls „nein“ bitte Ursache genau erläutern)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Nehmen oder nahmen Sie folgende oder artverwandte Drogen: Marihuana, Kokain, Barbiturate, LSD, Amphetamine, Haschisch, Benzole, Meskalin, Heroin, Halluzinogene oder Alkohol (Alkohol in übermäßigen Mengen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4 a. Haben Sie in den letzten 3 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?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4 b. Sind für die Zukunft bereits irgendwelche Behandlungen geplant oder an-geraten? Falls ja: Welche und wer ist der behandelnde Arzt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren folgende Krankheiten und/oder Beschwerden:	
a) Krankheiten der Atmungsorgane?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
b) Herz-, Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
c) Krankheiten der Verdauungsorgane?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
d) Krankheiten des Bewegungsapparates (z.B. Rücken, Gelenke, Knochen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
e) Erkrankung der Harnwege oder Geschlechtsorgane?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

f) Rheumatische oder Nervenkrankheiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
g) Erkrankungen der Augen, Nase oder des Gehörs?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
h) Depressionen oder andere psychische Erkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
i) Allergien, allergische Reaktionen der Haut und Schleimhäute, insbesondere durch Licht, Schminke, Tusche und ähnliche Präparate?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
j) Irgendwelche anderen Krankheiten und/oder Beschwerden (z. B. Herpes, Aids, Stoffwechselerkrankung, Krebs etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. 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? Welche Krankheit oder welcher Unfall war die Ursache?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Ist Ihnen der Abschluss einer Lebens- oder Krankenversicherung einmal verweigert oder sind erschwerende Bedingungen gestellt worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Beabsichtigen Sie, während der Herstellung des Films anderen Engagements nachzugehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Betreiben Sie während der Versicherungszeit sogenannte Extremsportarten oder anderen Leistungssport?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Nur für weibliche Personen: Besteht eine Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie häufige/regelmäßige 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.)

Erkrankung / Verletzung ausgeheilt ? ja nein (Wenn ja, seit wann ? _____)

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. Durchführung der angegebenen Veranstaltung ergibt. Mir ist bekannt, daß die Versicherer berechtigt sind, bei wissentlich unrichtigen Angaben in dieser Erklärung Schadenersatzansprüche gegen mich geltend zu machen. Kommt die Versicherung nicht zustande, wird darüber auch der Versicherungsnehmer unterrichtet.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Die behandelnden und/oder vom Versicherer beauftragten Ärzte entbinde ich von ihrer Schweigepflicht untereinander sowie gegenüber den Versicherern und allen mit dem Abschluß, der Durchführung und der Abwicklung der Ausfall-Versicherung tätigen Personen, die hiermit zugleich ermächtigt werden, von dem Untersuchungsergebnis gegenüber der versicherten Firma, Produzenten und/oder an der Produktion Beteiligte Gebrauch zu machen; dies gilt auch für den Schadenfall.

Einwilligungserklärung

Kommt es aufgrund des Gesundheitszustandes zur Einschränkung bzw. Ablehnung des Versicherungsschutzes, so sind die Versicherer 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 vom Versicherer beauftragten Ärzten jederzeit Zutritt zu mir und eine Untersuchung durch diese zu gestatten.

Ich willige ein, daß die Versicherer 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 Versicherer und andere Versicherer übermitteln.

Ich willige ferner ein, daß die Versicherer, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen. Auf Wunsch werden mir zusätzliche Informationen zur Datenübermittlung zugesandt.

_____, den _____ 20_____

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

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.