

Eberhard, Raith & Partner GmbH
Assekuranz Makler
Trappentreustr. 1
80339 München

Ärztliche Bescheinigung und Selbstausskunft zur Personen-Ausfall-Versicherung

Medical affidavit and self-declaration for a Film Indemnity or a cancellation of Event Insurance

der Produktionsfirma/of Messrs

für den Film/die Veranstaltung/for the film/event

Versicherungsdauer vom/insurance-period from/ bis zum/till

Ergebnis der von mir heute durchgeführten Untersuchung an/Result of the examination I today made on/

Name/Name geb.am/born

Gewicht kg/weight kilos Größe/height

Haut und Schleimhäute, Allergien/Skin and mucous membranes, allergic conditions

Mundhöhle und Rachen/mouth and throat
Bronchien und Lungen/Bronchi and lungs

Herz und Kreislauf (Blutdruck)/Cardio-vascular system (blood-pressure)

Leib/Abdomen

Nervensystem, Pupillen-Reaktion/Nervous system, Reaction of pupils

Patellasreflexe/Patella-reflexes Romberg/Romberg's sign

Zeichen nervöser Übererregung oder Erschöpfung/Signs of nervous irritability or exhaustion

Urin/Urine

Sonstige Feststellungen/other findings

Medikamenteneinnahme? Does the a/n person take any medicaments
 nein/no
 ja, welche und seit wann? Yes, which ones and since when?

Bestehen Anzeichen für Alkohol- und/oder Medikamentenmißbrauch? Is there any indication for a misuse of alcohol and/or drugs?
 nein/no ja/yes

Besteht Verdacht auf Schwangerschaft? Are there any sings of pregnancy?
 nein/no ja/yes

Läßt der Gesundheitszustand der vorstehend genannten Person eine Mitwirkung an dem/r oben angegebenen Film/Veranstaltung innerhalb der vorgesehenen Zeit zu, ohne dass die Gefahr einer Erkrankung oder, nach überstandener Krankheit, die eines Rückfalles besteht?

Is the afore-mentioned person in a fit condition to perform her/his duties in cornection with a/n film/event/during the appointed period of time without risking an illness or, having recovered from an illnes, a relapse?

ja/yes nein/no Bemerkungen/Remarks

Ort, Datum/Place, date Genaue Adresse/Full address Unterschrift des untersuchenden Arztes/
Signatur of examining physician/

Erklärung der zu versichernden Person/Declaration of the applicant/

Mit ist bekannt, daß diese Bescheinigung einer Ausfall-Versicherung zugrunde gelegt wird. Alle Fragen sind von mir wahrheitsgemäß und vollständig nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet worden. Es ist mir bekannt, daß unrichtige Angaben in dieser Gesundheitserklärung den Versicherer im Schadenfall berechtigen, Regressansprüche gegen mich zu stellen.

Ich entbinde die behandelnden und alle vom Versicherer beauftragten Ärzte von ihrer Schweigepflicht untereinander sowie gegenüber dem Versicherer und allen mit dem Abschluß, der Durchführung und Abwicklung der Veranstaltungs-Ausfall-Versicherung tätigen Personen, die hiermit zugleich ermächtigt werden, von dem Untersuchungsergebnis gegenüber dem Auftraggeber / Produzenten sowie allen von dem Versicherer beauftragten Ärzte Gebrauch zu machen.

Ich verpflichte mich, im Schadensfall den von dem Versicherer beauftragten Ärzten jederzeit Zutritt zu mir und eine Untersuchung durch diese zu gestatten.

I am aware that this declaration is a prerequisite for a cancellation insurance policy. All the questions are answered truthfully and completely to the best of my knowledge and belief. I am aware, that any false information in this declaration of health entitles the insurer to seek recourse against me in the event of a claim.

I hereby discharge the attending doctor and all other doctors instructed by the insurer from their professional discretion vis-à-vis one another, the insurer and all persons involved in the conclusion, implementation and processing of the contingency cancellation insurance policy, who are hereby simultaneously empowered to make use of the examination results vis-à-vis the principal/producer and all doctors instructed by the insurer.

I undertake to allow the doctors instructed by the insurer access to myself at all times and to submit to an examination by these doctors in the event of a claim.

Sind Sie zur Zeit gesund und arbeitsfähig?/Are you currently in good health and fit for work? Wenn nein, bitte erläutern Sie dies./If not, please explain, why not.	<input type="radio"/> Ja/Yes <input type="radio"/> Nein/No
Ist Ihnen ein Umstand bekannt, der Ihre Arbeitsfähigkeit, gleichviel an welchem Ort und in welchem Klima, beeinträchtigt?/Are you aware of any circumstances that would impair your ability to work, regardless of where and in what climate? Wenn ja, bitte erläutern Sie dies./ If yes, please explain.	<input type="radio"/> Ja/Yes <input type="radio"/> Nein/No
Haben Sie in den letzten 5 Jahren an irgendeiner Krankheit oder an Unfallfolgen gelitten bzw. ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? / Have you suffered from any illness or the after-effects of any accidents or required medical assistance in the last 5 years? Wenn ja, welche Krankheit, wann und wie lange? / If so, which illnesses, when and for how long?	<input type="radio"/> Ja/Yes <input type="radio"/> Nein/No/
Nehmen Sie Medikamente ein?/Do you take medication?/ Wenn ja, welche?/ If so, which medicaments?	<input type="radio"/> Ja/Yes <input type="radio"/> Nein/No
Nehmen oder nahmen Sie folgende oder artverwandte Drogen: Marihuana, Kokain, Barbiturate, LSD, Amphetamine, Haschisch, Benzole, Mescaline, Heroin, Halluzinogene?/Do you or have you taken any of the following or similar drugs: marihuana, cocaine, barbiturates, LSD, amphetamines, hashish, Benzene, mescaline, heroine, hallucinogens? Wenn ja, welche?/ If so, which drugs?	<input type="radio"/> Ja/Yes <input type="radio"/> Nein/No
<u>Nur für weibliche Personen:/Only for women:</u> Sind Sie schwanger?/Are you pregnant?/ Wenn ja, welcher Monat?/If so, which month?	<input type="radio"/> Ja/Yes <input type="radio"/> Nein/No

 Ort, Datum
 Place, Date

 Unterschrift der zu versichernden Person
 Signature of applicant