

## Assekuranz Makler

via Telefax 089/540163-34  
für Rückfragen 089/540163-0

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

### Gesundheitserklärung / Declaration of Health / Déclaration de Santé Ausfall-Versicherung / Cancellation Insurance / Assurance interruption

<b>Name / Name / Nom:</b>	
<b>Vorname / Firstname / Prénom:</b>	
<b>Geb.-Datum / Date of birth / Date de naissance:</b>	
<b>Adresse / Address / Adresse:</b>	
<b>Produktionsfirma / Production Company / Société de production</b>	
<b>Versicherungsbeginn / Commencement of policy / Début de la garantie:</b>	
<b>Versicherungsablauf / Expiration of policy / Fin de la garantie:</b>	

**Wichtige Hinweise für die zu versichernde Person / Important notes for the applicant / Indications importantes pour la personne à assurer:**

**Mit ist bekannt, daß diese Erklärung einer Ausfall-Versicherung zugrunde gelegt wird. Nachstehende 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 Film-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. I have answered the questions below 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 film 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.

*J'ai connaissance que cette déclaration sert de base à une assurance interruption. J'ai répondu de manière correcte et complète et en tout honnêteté aux questions suivantes. Je sais que des indications inexactes dans cette déclaration de santé donnent le droit à l'assureur d'exercer un droit de recours à mon encontre en cas de sinistre.*

*Je dégage le médecin traitant et tous autres médecins mandatés par l'assureur de leur obligation de secret entre eux ainsi qu'envers l'assureur et envers toutes les personnes participant à la conclusion, la mise en œuvre et au développement de la garantie interruption de production cinématographique. Il est également autorisé par la présente à faire part du résultat de l'examen au commanditaire/producteur, ainsi qu'à tous les médecins mandatés par l'assureur.*

*En cas de sinistre, je m'engage à accepter à tout moment les médecins mandatés par l'assureur afin de m'examiner.*

## Assekuranz Makler

<p><b>Sind Sie zur Zeit gesund und arbeitsfähig?</b>/Are you currently in good health and fit for work?/ <i>Etes-vous actuellement en bonne santé et apte au travail?</i> ? Ja/Yes/Oui ? Nein/No/Non</p> <p><b>Wenn nein, bitte erläutern Sie dies.</b>/If not, please explain, why not./ <i>Si non, veuillez en expliquer la raison.</i></p>
<p>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?/ <i>Avez-vous connaissance de circonstances qui altèrent votre aptitude au travail, quel que soit le lieu ou/et le climat ?</i></p> <p>Wenn ja, bitte erläutern Sie dies./ If yes, please explain./ <i>Si oui, veuillez en expliquer la raison.</i></p>
<p>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? / <i>Avez-vous, durant les 5 dernières années, souffert d'une maladie ou des suites d'un accident et/ou subi un traitement médical?</i></p> <p>Wenn ja, welche Krankheit, wann und wie lange? / If so, which illnesses, when and for how long? / <i>Si oui, quelle est la maladie et sa durée:</i></p>
<p>Nehmen Sie Medikamente ein?/Do you take medication?/ <i>Prenez-vous des médicaments?</i> ? Ja/Yes/Oui ? Nein/No/Non</p> <p>Wenn ja, welche?/ If so, which medicaments? / <i>Si oui, lesquels?</i></p>
<p>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?/ <i>Prenez-vous ou avez-vous pris les drogues suivantes ou des drogues semblables: marijuana, cocaïne, barbituriques, LSD, amphétamines, haschisch, benzols, mescaline, héroïne, hallucinogènes?</i></p> <p>Wenn ja, welche?/ If so, which drugs? / <i>Si oui, lesquels?</i></p>
<p><u>Nur für weibliche Personen:/Only for women:/Pour les femmes seulement.</u></p> <p>Sind Sie schwanger?/Are you pregnant?/ <i>Etes-vous enceinte:</i> ? Ja/Yes/Oui ? Nein/No/Non</p> <p>Wenn ja, welcher Monat?/If so, which month?/ <i>Si oui, de combien de mois?</i></p>

Aufgrund Ihrer Antworten kann vor Annahme der Versicherung und Deckungsbestätigung eine ärztliche Untersuchung bei einem Arzt Ihrer Wahl erforderlich sein. Das Untersuchungsergebnis ist dem Versicherer spätestens 7 Tage vor Produktionsbeginn vorzulegen. Eine vertrauliche Behandlung wird zugesichert. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Übernahme des Risikos abzulehnen.

Your answers may make a medical examination by a doctor of your choice necessary before the application for insurance can be accepted and confirmation of cover is given. The results of the examination are to be submitted to the insurer not less than 7 days before the production will start. Confidentiality is guaranteed. The insurer reserves the right to reject the application.

*Sur la base de vos réponses, un examen médical chez un médecin de votre choix peut s'avérer nécessaire avant l'acceptation de l'assurance et la confirmation de la couverture. Le résultat de l'examen devra être présenté à assureur au plus tard 7 jours avant le début de la production. Un traitement confidentiel est garanti. L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge du risque.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Place, Date  
Lieu, Date

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person  
Signature of applicant  
Signature de la personne à assurer