

Produzent / Production Company

Projekt / Production

Name / Surname

Vorname / First name

Geburtsdatum / Date of birth

Körpergröße in cm/ Height

Körpergewicht in kg/ Weight

Sind Sie z. Zt. gesund und arbeitsfähig? / Are you in good health and fit to work at present?

ja/yes nein/no

Waren Sie während der letzten fünf Jahre in stationärer Behandlung? / Have you been hospitalized during the past five years?

ja/yes nein/no

Wenn ja: Wann / Wie lange und auf Grund welcher Erkrankung? / If yes, please name date and length of hospitalization, as well as the reason:

Wer war oder ist der behandelnde Arzt (Name und Anschrift) ? / State name and address of the doctor who treated you or is currently treating you:

Leiden Sie z.Zt. an oder neigen Sie zu akuten oder chronischen Krankheiten? / Are you currently suffering from an acute or chronic illness or do you have a tendency towards such illnesses?

ja /yes (Welche? / which ones?) nein/no

Leiden Sie oder haben Sie gelitten an Erkrankungen der Haut, allergische Reaktionen der Haut/Schleimhäute? Do you have any allergies?

ja/yes (Welche? / if yes, which ones?) nein/no

Medikamenteneinnahme? / Do you take any medication?

ja/yes (Welche und seit wann? / if yes, which ones and since when?) nein/no

Nehmen oder nahmen Sie folgende oder artverwandte Drogen: z. B. Marihuana, Kokain, Barbiturate, LSD, Amphetamine, Haschisch, Benzole, Mescaline, Heroin, Halluzinogene oder ähnliche? / Are you or were you taking any of the following and/or similar drugs: e.g. marihuana, cocaine, barbiturates, LSD, amphetamines, hashish, benzols, mescaline, heroin, hallucinatory drugs, etc.?

ja/yes (welche? / which ones?) nein/no

Sind Sie schwanger? / Are you pregnant?

ja/yes (welcher Monat? / which month?) nein/no

Hinweise und verbindliche Erklärungen

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung dem Abschluss einer Ausfall-Versicherung zugrunde liegt. Vorstehende Fragen sind von mir wahrheitsgemäß und vollständig nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet worden. Die behandelnden und die von SRC GmbH beauftragten Ärzte entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht untereinander sowie gegenüber den Versicherern, welche hiermit zugleich ermächtigt werden, von dem Untersuchungsergebnis gegenüber dem Versicherungsnehmer bzw. dem Produzenten Gebrauch zu machen. Im Falle eines durch mich verursachten Ausfallschadens verpflichte ich mich, den von SRC GmbH beauftragten Ärzten jederzeit Zutritt zu mir und eine Untersuchung durch sie zu gestatten. Während der Produktionsdauer werde ich mich keinen waghalsigen mit Lebensgefahr verbundenen Tätigkeiten aussetzen. Mir ist bekannt, dass die SRC GmbH in Vollmacht der beteiligten Versicherungsgesellschaften berechtigt ist, bei einer Verletzung der vorstehenden Verpflichtungen sowie bei wissentlich unrichtigen Angaben in dieser Erklärung Schadenersatz-ansprüche gegen mich geltend zu machen. Ich willige weiter ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen, Gesundheits-daten) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an die einzelnen Gesellschaften übermittelt.

Information and obligatory statements

I understand that the Indemnity Insurance is based on these statements. I hereby confirm that I have answered the above questions in full and to the best of my knowledge. I hereby release my physicians and/or other physicians commissioned by SRC GmbH of their doctor-patient confidentiality between each other and the insurer, which are hereby authorized to make use of the examination results if necessary to the assured company and/or the producer. In case I am the cause of a loss I am obliged to allow physicians commissioned by the insurer to do a medical exam at any time. For the duration of the production, I will not participate in any life risking activities. I realize that the SRC GmbH is entitled to recourse should I breach any of the above obligations and/or having knowingly made incorrect statements in this health questionnaire. Moreover, I agree that SRC GmbH forwards necessary information which become available through application forms or contracts (premium, losses, changes in risks or contracts) to the insurer to analyse the risk and/or claims and collects data pertaining to contract, premium and/ or claim settlements as long as this is necessary to execute my insurance matters properly.

Ort, Datum / Place, date

Unterschrift / Signature