

## Gesundheitserklärung / Declaration of Health

Als Ergänzung zum Abschluss einer Film-Ausfall-Versicherung / For a Film Cancellation Insurance

Bitte zurücksenden an / Please return to  
**Gothaer Allgemeine Versicherung AG**  
Abteilung KU-TM 1 (Medienversicherung)  
Gothaer Allee 1  
50969 Köln

oder per Fax: / or by fax: **0221 308 33363**

Versicherungsnehmer / The Insured

Produktionsfirma / Production company

Versichertes Filmprojekt / Title of production

Projektnummer / Project number

Zu versichernde Person / Person to be insured

Vor- und Nachname / First name and surname

Geburtsdatum / Date of birth

Gewicht in kg / Weight

Größe in cm / Height

In welcher Funktion nehmen Sie an dem Filmprojekt teil?

/ What function do you fulfil within the production?

1. Sind Sie zurzeit arbeitsfähig und gesund? / Are you completely healthy at present and able to work?

Ja / Yes

Nein / No Wenn nein, bitte erläutern: / If not, please explain: \_\_\_\_\_

2. Ist Ihnen ein Umstand bekannt, der Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen kann oder leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung (z.B. HIV, Diabetes)? / Are you aware of any circumstances that would reduce your ability to work or do you suffer from any chronic illness (e.g. HIV, diabetes)?

Nein / No

Ja / Yes Wenn ja, bitte erläutern: / If yes, please explain: \_\_\_\_\_

3. 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 consequences of an accident or required medical assistance in the last 5 years?

Nein / No

Ja / Yes Wenn ja, welche und wie lange? / If yes, please explain: \_\_\_\_\_

4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? / Within the past 5 years, have you had been diagnosed or been treated by a doctor for any of the following?

Die folgenden Aufzählungen zeigen Ihnen dazu nur Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. / The following list of examples makes no claim for completeness.

a. Herz- und Kreislauforgane / Cardiovascular system

z.B. Hypertonie (Bluthochdruck), Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Thrombose, Embolie, Schlaganfall / e.g. Hypertension (high blood pressure), circulatory disorder, heart defect, thrombosis, embolism, stroke

Nein / No  Ja und zwar: / Yes (explanation required): \_\_\_\_\_

b. Atmungsorgane und Stimme / Respiratory system and voice

z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen mit asthmatischen Beschwerden / e.g. asthma, chronic bronchitis, hay fever with asthmatic symptoms

Nein / No  Ja und zwar: / Yes (explanation required): \_\_\_\_\_

**c. Nervensystem und Gehirn / Nervous system and brain**

z.B. Schlaganfall, Tumore, Multiple Sklerose, Migräne / e.g. stroke, tumor, multiple sclerosis

**Nein / No**  **Ja und zwar:** / Yes (explanation required): \_\_\_\_\_

**d. Psyche / Psyche**

z.B. ADHS, Depression, Angststörung, Essstörung, Suizidversuch / e.g. ADHD, depression, anxiety disorder, eating disorder, attempted suicide

**Nein / No**  **Ja und zwar:** / Yes (explanation required): \_\_\_\_\_

**e. Tumore und Blutkrankheiten / Tumors and blood disorder**

z.B. Krebserkrankungen, Leukämien, Bluterkrankung / e.g. cancer, leukemia, blood illness

**Nein / No**  **Ja und zwar:** / Yes (explanation required): \_\_\_\_\_

**f. Stoffwechsel / Metabolism**

z.B. Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Schilddrüsenerkrankungen / e.g. diabetes, fat metabolism disorder, thyroid disease

**Nein / No**  **Ja und zwar:** / Yes (explanation required): \_\_\_\_\_

**g. Bewegungsapparat / Musculoskeletal system**

z.B. Wirbelsäulenerkrankung, Bandscheibenvorfall, Rheuma / e.g. spinal disease, herniated disc, rheumatism

**Nein / No**  **Ja und zwar:** / Yes (explanation required): \_\_\_\_\_

**h. Allergien oder Haut / Allergy or skin**

z.B. Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis / e.g. allergy, hay fever, neurodermatitis

**Nein / No**  **Ja und zwar:** / Yes (explanation required): \_\_\_\_\_

**5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? / Do you take any medicine?**

**Nein / No**

**Ja / Yes** **Wenn ja, welche?** / If yes, please explain: \_\_\_\_\_

**6. Nehmen oder nahmen Sie folgende oder artverwandte Drogen? / Do you or have you taken any of the following or similar drugs?**

Marihuana, Kokain, Barbiturate, LSD, Amphetamine, Haschisch, Benzole, Mescaline, Heroin, Halluzinogene / Marihuana, cocaine, barbiturates, LSD, amphetamines, hashish, benzenes, mescaline, heroine, hallucinogens

**Nein / No**

**Ja / Yes** **Wenn ja, welche, seit wann?** / If yes, which and how long? \_\_\_\_\_

**7. Werden oder wurden Sie wegen Medikamentenmissbrauchs, des Konsums von Alkohol, von Betäubungsmitteln oder von Drogen beraten oder behandelt? / Were you, or are you under treatment due to drug abuse, alcoholism or drug use?**

**Nein / No**

**Ja / Yes** **Wenn ja, wann, wo, durch wen?** / If yes, when, where? \_\_\_\_\_

**Nur für weibliche Personen:** / Only for female persons:

**8. Sind Sie schwanger? / Are you pregnant?**

**Nein / No**

**Ja / Yes** **Wenn ja, in welchem Monat?** / If yes, which month? \_\_\_\_\_

Wir weisen darauf hin, dass diese Erklärung einer Film-Ausfall-Versicherung zugrunde gelegt wird. Die vorstehenden Fragen sind von mir wahrheitsgemäß und vollständig nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet worden. Wir weisen darauf hin, dass unrichtige Angaben in dieser Gesundheitserklärung den Versicherer im Schadenfall berechtigt, Regressansprüche gegen mich zu stellen. Aufgrund Ihrer Antworten kann vor Annahme der Versicherung und Deckungsbestätigung eine Untersuchung bei einem Arzt gem. Vereinbarung erforderlich sein. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Übernahme des Risikos abzulehnen.

Please be aware that this declaration is a basis for a Film Cancellation Insurance policy. I have answered the questions above 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. Your answers may make a medical examination by a doctor of our choice necessary before the application for insurance can be accepted and confirmation of cover is given. The insurer reserves the right to reject the application.

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherer. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Allgemeine Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Als Unternehmen der Filmversicherung benötigt die Gothaer Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Gothaer Allgemeine Versicherung AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Gothaer Allgemeine Versicherung AG selbst (unter 1)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Gothaer Allgemeine Versicherung AG (unter 2.)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.)

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer Allgemeine Versicherung AG

**Ich willige ein**, dass die Gothaer Allgemeine Versicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Die Gothaer Allgemeine Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Gothaer Allgemeine Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Gothaer Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Gothaer Allgemeine Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer Allgemeine Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zur Zeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung beigelegt. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz) eingesehen werden oder bei [info@gothaer.de](mailto:info@gothaer.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Allgemeine Versicherung AG Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Gothaer Allgemeine Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Gothaer Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

#### 2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer Allgemeine Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Gothaer Allgemeine Versicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Gothaer Allgemeine Versicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer Allgemeine Versicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch Gothaer Allgemeine Versicherung AG unterrichtet.

**Ich willige ein**, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Gothaer Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.3 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die Gothaer Allgemeine Versicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeiten hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

**3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Gothaer Allgemeine Versicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

**4. Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht**

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Gothaer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Gothaer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die Gothaer – soweit es für die für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die Gothaer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Gothaer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Gothaer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

**Möglichkeit II:**

Ich wünsche, dass mich die Gothaer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Gothaer einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Gothaer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach meinem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikoprüfung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben.

**Möglichkeit II:**

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben über.

**5. Erlaubnis zur Datenverwendung**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Gothaer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Gothaer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

**6. Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz).

Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Ort, Datum / Place, date

**Unterschrift der zu versichernden Person / Signature of the person to be insured**  
(Bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter/bei Minderjährigen ab Alter 16 zusätzlich: die zu versichernde Person) / (For minors: the legal representative/ for minors under the age of 16 additional: the insured person)