



**Deutsche Sport & Entertainment
VersicherungsGemeinschaft**

WECOYA PRIVATE & COMMERCIAL Underwriting GmbH
Postfach 11 22 31
D-20422 Hamburg
Germany

Ärztliche Bescheinigung / Medical Certificate

**zur Personenausfall-Versicherung
for a Nonappearance-Insurance
(Stand/Version 2020/11)**

(bitte in Druckschrift ausfüllen/please fill in print letters)

Produktion/Firma:

production/companies: _____

Veranstaltung/Projekt

for the event/project: _____

Beschäftigungszeitraum:

Period of employment: vom from _____ bis: till : _____

Untersuchte Person/Name:

reported person/name: _____ Geburtsdatum: birthday: _____

Feststellungen über den Gesundheitszustand nach erfolgter Untersuchung:

results of the state of health after the examination:

1. a) Gewicht/kg:

weight/kilos : _____

b) Größe (cm):

height (cm): _____

Bei mit „JA“ und/oder „AUFFÄLLIG“ beantworteten Fragen wird um detaillierten Kommentar gebeten.

Please give detailed comments if questions are answered with „Yes“ or „conspicuous“.

2. Haut und Schleimhäute

skin and mucous membranes

☐ unauffällig
inconspicuous

☐ auffällig
conspicuous

Kommentar/comments: _____

3. Allergien/allergic conditions

☐ nein/no

☐ ja/yes

Kommentar/comments: _____

4. Mundhöhle und Rachen

mouth and throat

☐ unauffällig
inconspicuous

☐ auffällig
conspicuous

Kommentar/comments: _____

5. Bronchien und Lungen

Bronchial systems and lungs

☐ unauffällig
inconspicuous

☐ auffällig
conspicuous

Kommentar/comments: _____

6. Herz und Kreislauf

Cardio-vascular system

☐ unauffällig
inconspicuous

☐ auffällig
conspicuous

Kommentar/comments: _____

WE COVER YOUR ASSETS

GESCHÄFTSFÜHRUNG:

Thorsten Klare
André Sprenger

HypoVereinsbank, Hamburg | IBAN: DE96 2003 0000 0010 1539 06 | BIC: HYVEDEMM300

WECOYA PRIVATE & COMMERCIAL Underwriting GmbH | USt-IdNr.: DE357002408

Sitz der Gesellschaft ist Hamburg | Amtsgericht Hamburg: HRB 177200

Erlaubnis als Versicherungsvertreter nach § 34d Abs. 1 GewO | Registrierungsnummer D-DLT9-RY57J-09

Eine Marke der WECOYA Underwriting GmbH | Große Elbstraße 39 | 22767 Hamburg | www.dse-versicherung.de



7. Leib ☐ unauffällig ☐ auffällig
Abdomen inconspicuous conspicuous

Kommentar/comments: _____

8. Physiologische Reflexe ☐ unauffällig ☐ auffällig
Physiological reflexes inconspicuous conspicuous

Kommentar/comments: _____

9. Psyche ☐ unauffällig ☐ auffällig
Psyche inconspicuous conspicuous

Kommentar/comments: _____

10. Urinstatus (Combur 8-Test) ☐ unauffällig ☐ auffällig
Urine inconspicuous conspicuous

11. Blutdruckwerte ☐ Beurteilung
Blood-pressure Assessment

12. Nimmt die zu versichernde Person Medikamente? ☐ ja ☐ nein
Does the person to be insured take any medicine? yes no

Wenn ja, wo gegen?
If yes, please state diagnosis? _____

13. Liegen Anzeichen für unkontrollierte bzw. übermäßige Medikamenten-, Alkohol- oder sonstige Drogeneinnahme vor? ☐ ja ☐ nein
Are there any signs of taking excessively medicine, drug abuse or alcoholism? yes no

Kommentar/comments: _____

14. Sonstige Feststellungen / *Other findings*
(Rheumatismus, Diabetes, sonstige chronische Erkrankungen oder organische Fehlfunktionen)
(*Rheumatism, diabetes, any other chronic disease or organic malfunction*)

15. Ist bei Gesamtbeurteilung des Untersuchungsergebnisses ein erhöhtes Ausfallrisiko erkennbar?
Do the overall results of this examination indicate any increased risk of illness/accident/non appearance?

☐ Ja/yes ☐ Nein / no

Bemerkungen:
Remarks: _____

_____, den/the _____
Wohnort/Place Datum/Date Unterschrift des untersuchenden Arztes
Signature of examining physician

Genaue Adresse/Stempel/Full adress/Mark _____