

Hälsodeklaration

Deklarationen måste fyllas i av den försäkrade. Alla frågor måste besvaras.
Om du svarar Ja på någon av frågorna måste du ge en mer utförlig beskrivning.

VAR VÄNLIG TEXTA MED VERSALER

Företag (som du är anställd hos)		Försäkringsförmedlarens namn (fylls i av förmedlaren)		Säljkod
Försäkrades efternamn och förnamn (max 35 tecken)			Personnummer	
Längd, cm	Vikt, kg	Röker du dagligen?	Om du har slutat att röka, när slutade du?	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	År, månad	
Adress			Telefon bostad (inkl. riktnr)	
Postnummer och ort			Telefon arbete (inkl. riktnr)	
E-postadress			Mobiltelefon (inkl riktnr)	

Hälsofrågor

1. Har du några sjukdomar, åkommor eller reducerad rörelseförmåga (fysisk/psykisk)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2. Har du blivit undersökt eller behandlad av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, sjuksköterska eller annan medicinsk personal under de senaste tre åren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3. Har du fått behandling/rådgivning för psykiska besvär och/eller alkoholmissbruk/ annat missbruk de senaste fem åren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4. Har du blivit undersökt, tagit prover, hos och/eller blivit behandlad på sjukhus, klinik, kur- eller annan hälsomottagning eller lämnat blod under de senaste fem åren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
5. Är det planerat eller är du rekommenderad någon form av undersökning, behandling eller operation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
6. Använder du, eller har du under de senaste 5 åren använt läkemedel regelmässigt eller i perioder?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
7. Har du symptom på någon sjukdom eller åkomma eller upplever du besvär för vilka du inte sökt vård eller erhållit diagnos?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
8. Har du fått behandling/rådgivning av psykolog/psykoterapeut eller liknande och/eller behandling/rådgivning av alkoholmissbruk/annat missbruk/psykiska besvär de senaste fem åren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9. Har du andra upplysningar om ditt hälsotillstånd som inte framkommit i de övriga frågor. Om du har svarat "Ja" på en eller fler frågor, ber vi dig besvara alla frågor nedan så utförligt som möjligt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Utförligare upplysningar till hälsofrågorna

Vilken sjukdom/symptom gäller det?
Uppge när du fick sjukdomen/symptomen samt utveckling och om du är symptomfri eller har kvarstående men/besvär idag.
Vilka undersökningar har du genomgått – vad blev resultatet? (År/Månad/Ort)
Vilka behandlingar har du fått – vad blev resultatet? (År/Månad/Ort)
Ange sjukskrivningar med tidpunkt och längd.
Vilka/vilket läkemedel använder du eller har du använt?
Anledning?
Receptskrivande läkare samt dennes fullständiga adress.

Anlitad läkare, sjukvårdsinrättning, klinik, mottagning etc.
 Ange fullständig adress

Har du under de senaste tio åren sökt försäkring som Har du under de senaste tio åren sökt försäkring som Om "Ja", ange när, vilket försäkringsbolag och orsak till särskilt villkor:
 har medfört särskilda villkor (d v s tilläggspremie, undantag eller avslag) på grund av din hälsa?

Ja Nej

Upplysningar och fullmakt

Läs alla punkterna nedan grundligt och fråga beträffande det som du finner oklart.

OM FÖRSÄKRINGSAVTALET:

Jag bekräftar att upplysningarna som är angivna ligger till grund för försäkringsavtalet med DKV Hälsa.

Jag är medveten om:

- att försäkringsbolagets representant inte har fullmakt att göra en bindande värdering för företaget och att jag är ansvarig för att alla upplysningar är korrekta, även om försäkringsbolagets representant har fyllt i blanketten.
- att jag måste på förhand ha försäkringsbolagets godkännande för inläggning på sjukhus.
- att försäkringen inte täcker alla typer av behandlingar, och att det finns vissa begränsningar, som speciellt är nämnda i avtalsdokumentationen.
- att hälsovärdering kan leda till tillägg i premien, reservation eller avslag för hela eller delar av försäkringen.
- att den försäkrade ska vara bosatt i Sverige och vara ansluten till Försäkringskassan.
- att svensk lag gäller för försäkringsavtalet.
- att sjukvårdsförsäkringen regleras av Försäkringsavtalslagen.
- att eventuell ersättning kan avgöras beroende på om jag eller kravställaren ger försäkringsbolaget de nödvändiga fullmakterna för inhämtning av ytterligare upplysningar.
- att när jag tecknar försäkringen på distans, t ex på telefon eller via Internet, eller via hembesök, har jag rätt att ångra avtalet enligt distans- och hemförsäljningslagen. Ångerrätten gäller i 14 dagar från den dag avtalet ingås. Eftersom försäkringsavtalet inte träder i kraft förrän den första premien har betalats godtar jag att försäkringsbolaget påbörjar fullgörandet av försäkringsavtalet innan ångerrätten har löpt ut. Om jag vill ångra försäkringen skall jag kontakta Storebrand Helseforsikring AS på +47 22 31 50 50. Avtalet upphör då från den dag avtalet ingicks. Om jag utnyttjar min ångerrätt betalar DKV Hälsa tillbaka premien med avdrag för den tid försäkringen varit gällande samt för försäkringsbolagets skäligena kostnader.

PREMIER OCH INBETALNING

Jag är medveten om:

- att de gällande premierna kan bli ändrade efter det att riskbedömningen är klar.
- att premier och försäkringsvillkor gäller under 1 år och kan ändras av försäkringsbolaget vid den årliga förnyelsen av kontraktet.
- att för försäkringsavtalets ikraftträdande (giltighet) och inträdandet av försäkringsgivarens ansvar krävs att den första premien betalas senast den dag som anges som sista betalningsdag på premieavin. Under förutsättning att premien betalas senast denna dag träder försäkringsavtalet i kraft den dag då premien har betalats, dock tidigast det datum som anges i försäkringsbrevet. Från samma tidpunkt och under samma förutsättning inträder försäkringsgivarens ansvar. Betalning av den första premien efter den angivna sista betalningsdagen behandlas som en ny ansökan om försäkring.
- att premien ökar med stigande ålder.

HÄLSODEKLARATIONEN – UPPLYSNINGSPLIKT

- Jag bekräftar att upplysningar är givna så noggrant och fullständigt som möjligt. Jag känner till att oriktiga eller ofullständiga upplysningar kan leda till att försäkringen blir ogiltig eller kan sägas upp, och att ersättningar inte blir betalda enligt Försäkringsavtalslagen.

FULLMAKT

Jag godkänner:

- att läkare eller annan vårdpersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna DKV Hälsa de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som DKV Hälsa anser sig behöva för att handlägga nu aktuell ansökan om försäkring eller försäkringsärende.
- att en kopia av det undertecknade godkännandet kan skickas till de som är nämnda i föregående punkt som en fullmakt för DKV Hälsa utvisande att bolaget kan få tillgång till sådana upplysningar om min hälsa som är av tystnadspliktskaraktär.
- att DKV Hälsa kan inhämta/ge upplysningar om kundförhållandet från/ till företag inom Storebrandkoncernen och Deutsche Krankenversicherung (DKV). Anledningen är att kunna ge en samlad översikt över försäkringstagarens engagemang i försäkringsbolaget och Storebrandkoncernen/DKV, och att kunna tillrättalägga försäkringsbolagets och koncernens tjänster för försäkringstagaren, samt att utföra statistiska analyser av försäkringsbestånden. Detta godkännande omfattar inte hälsoupplysningar eller andra upplysningar som räknas som känsliga enligt personuppgiftslagen, om det inte sker med hänsyn till att säkra enskild riskbedömning och/eller motverka svek.
- att DKV Hälsa kan registrera och vidareförmedla hälsoupplysningar till aktuella behandlingsenheter, om jag får behov av behandling.

INFORMATION I ENLIGHET MED PERSONUPPGIFTLAGEN

Jag godkänner:

- att DKV Hälsa registrerar och behandlar de personuppgifter som lämnas av mig eller tredje man så som beskrivs ovan till DKV Hälsa i samband med denna ansökan, däribland mitt personnummer samt uppgifter om min hälsa för riskbedömningen. DKV Hälsa kan bevara uppgifterna upp till tio år efter det att avtalsförhållandet mellan mig och försäkringsbolaget upphört samt upp till tre år för den händelse att inget avtal kommer till stånd mellan mig och försäkringsbolaget.
 - att uppgifterna i registret kommer att användas av DKV Hälsa för att bedöma och administrera denna och eventuella framtida försäkringsansökningar samt för administration och fullgörelse av eventuella avtal. Vissa uppgifter kan även komma att användas i marknadsföringssyfte, innebärande bl a att information om "tjänster" m m automatiskt skickas till mig.
 - att mina hälsoupplysningar kan skickas till återförsäkrare.
- Jag är medveten om:
- att DKV Hälsa äger och är ansvarigt för kundregistret ("personuppgiftsansvarigt").
 - att det är frivilligt att lämna information i denna ansökan. Fullständig information är dock nödvändig för att DKV Hälsa skall kunna göra en riktig bedömning av min ansökan och erbjuda försäkringsavtal.
 - att jag har rätt att erhålla utdrag ur register avseende mig själv samt besked om behandlingen av mina uppgifter genom att vända mig till DKV Hälsa.
 - att jag har rätt att vända mig till DKV Hälsa med begäran om rättelse, blockering eller utplåning av mina personuppgifter.

OBS! Det får inte gå mer än en månad från underskriftsdatum till dess att hälsoförklaringen kommit DKV Hälsa tillhanda. Inhämtad information kommer att arkiveras hos DKV Hälsa, oavsett om ansökan bifalles eller inte.

Underskrift

Ort och datum (ÅÅÅÅMMDD)

Försäkrades/förmyndares underskrift

Namnförtydligande (VERSALER)

Ansökan skickas portofritt till: DKV Hälsa, Frisvar 121 420 300, 110 01 Stockholm

Med DKV Hälsa avses Storebrand Helseforsikring AS Norge filial, Box 1057, S-101 39 Stockholm, telefon +46 8 619 62 00. www.dkvhalsa.se org.nr. 516402-6998, registrerad i Filialregisteret. DKV Hälsa säljer denna försäkring för Storebrand Helseforsikring AS, Filipstad Brygge 1, Postboks 1382 Vika, N-0114 Oslo, telefon +47 22 31 50 50, www.storebrandhelse.no, org.nr. 980 126 196, registrerat i Foretaksregisteret, Brønnøysund.