

Individuell ansökan med hälsodeklaration

VAR VÄNLIG TEXTA MED VERSALER

Försäkringsförmedlarens namn	Säljkod	Avtalsnr (ifylls av DKV Hälsa)
Företag		
Adress		Telefon (inkl. riktnr)
Postnummer och ort		E-postadress

Jag godkänner ett av följande alternativ för att få mina försäkringshandlingar

Alt 1. Jag godkänner att det nytecknade försäkringsbrevet skickas via försäkringsförmedlaren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Alt 2. Jag godkänner att DKV Hälsa kan använda min e-post för följande dokument: välkomstbrev, försäkringsbrev, försäkringsvillkor, faktura, brev om förnyelse av försäkringen samt brev om försäkringen upphör. Jag accepterar också nyhetsbrev, dock högst två gånger om året och en frivillig kundundersökning som genomförs högst en gång om året. (Kommunikationen föregås av att jag får ett särskilt meddelande att information har lagts in på min sida som jag har tillgång till genom tilldelat lösenord.) Jag kan när som helst ta tillbaka mitt godkännande.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Val av försäkring

Vårdförsäkring	<input type="checkbox"/> Topp	<input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> Bas
Obligatoriskt val	<input type="checkbox"/> Med remisskrav*	<input type="checkbox"/> Utan remisskrav*	* Med remisskrav innebär att försäkringen gäller först då behandlande läkare inom primärvården skrivit en remiss för vidare vård.

Försäkrad (DEN VARS HÄLSA FÖRSÄKRINGEN GÄLLER)

Efternamn och Förnamn (max 35 tecken)	Personnummer
Adress	Telefon bostad (inkl. riktnr)
Postnummer och ort	Telefon arbete (inkl. riktnr)
E-postadress	Mobiltelefon (inkl riktnr)
Yrke	Fax (inkl. riktnr)
Bransch	

Försäkringstagare (T EX FÖRÄLDER)

Efternamn	Personnummer/Organisationsnummer
Förnamn	Telefon bostad (inkl. riktnr)
Adress	Telefon arbete (inkl. riktnr)
Postnummer och ort	Mobiltelefon (inkl riktnr)
E-postadress	Fax (inkl. riktnr)

Betalare (OM ANNAN ÄN FÖRSÄKRAD, T EX ARBETSGIVARE)

Efternamn/Företagets namn	Personnummer/Organisationsnummer
Förnamn/kontaktperson	Telefon bostad (inkl. riktnr)
Adress	Telefon arbete (inkl. riktnr)
Postnummer och ort	Mobiltelefon (inkl riktnr)
E-postadress	Fax (inkl. riktnr)

Premiebetalning

<input type="checkbox"/> Inbetalningsavi	<input type="checkbox"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Kvartal	
<input type="checkbox"/> Autogiro (vid autogiro fyll i nedan)	<input type="checkbox"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Kvartal	<input type="checkbox"/> Månad
Bankens namn		Bankkontonr (Clearingnr, 4 siffror samt kontonr)		

Villkor

MEDGIVANDE TILL BETALNING VIA AUTOGIRO PRIVAT

Jag, nedan benämnd betalaren, medger att uttag får göras från mitt angivna bankkonto på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning via Autogiro. Kontoförande bank är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt kontoförande banks regler. Meddelande om uttag får betalaren från kontoförande bank. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto i kontoförande bank eller till konto i annan bank.

För uttag gäller dessutom följande:

GODKÄNNANDE/INFORMATION I FÖRVÄG

Betalningsmottagaren får begära uttag från betalarens konto på förfallodagen

- om betalaren senast åtta vardagar före förfallodagen fått meddelande om belopp, förfallodag och betalningssätt, eller
- om betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst.

TÄCKNING MÅSTE FINNAS PÅ KONTOT

Betalaren ska se till att tillräckligt stort belopp finns på kontot för betalning på förfallodagen. Om kontobehållningen inte räcker för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande vardagarna*, som får omfatta högst en vecka. Information om antalet uttagsförsök lämnas av betalningsmottagaren.

STOPP AV UTTAG

Betalaren kan stoppa

- ett enskilt uttag genom att kontakta betalningsmottagaren senast två vardagar före förfallodagen,
- alla uttag avseende medgivandet genom att kontakta banken senast två vardagar före förfallodagen.

MEDGIVANDETS GILTIGHETSTID, ÅTERKALLELSE

Medgivandet gäller tills vidare. Om betalaren vill återkalla medgivandet gör betalaren det genom att kontakta kontoförande bank eller betalningsmottagaren. Medgivandet upphör senast fem (5) vardagar efter att återkallelsen kommit kontoförande bank eller betalningsmottagaren tillhanda.

RÄTTEN FÖR KONTOFÖRANDE BANK OCH BETALNINGSMOTTAGAREN ATT AVSLUTA ANSLUTNINGEN TILL AUTOGIRO

Kontoförande bank och betalningsmottagaren har rätt att avsluta anslutningen till Autogiro trettio dagar efter det att kontoförande bank/betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Kontoförande bank och betalningsmottagaren har dock rätt att

omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfallodagen eller om det konto som medgivandet avser avslutats.

MEDGIVANDE TILL BETALNING VIA AUTOGIRO FÖRETAG

Undertecknat företag ("Betalaren") medger härmed, att uttag får göras från det bankkonto, som är anslutet till ovan angivna bankgironummer, på begäran av ovan nämnda Betalningsmottagare för överföring till denne på viss dag (förfallodagen). Den kontoförande banken är inte skyldig pröva behörigheten av begärda uttag eller att särskilt avisera Betalaren om gjorda uttag.

Som förutsättning för medgivandet gäller att Betalningsmottagaren svarar för riktigheten av betalningarna och vid anfordran återbetalar vad som på grund av misstag eller eljest felaktigt kan bli belastat Betalarens bankkonto.

Betalaren förbinder sig, om inte annat överenskommit med Betalarens Bank, att hålla tillräckligt belopp tillgängligt på kontot senast bankdagen före förfallodagen. Om täckning saknas på kontot är Betalaren medveten om att det kan innebära att betalningarna inte blir utförda. Om betalningar ändå görs har Betalarens Bank rätt att ta ut ränta och avgifter, enligt bankens vid var tid gällande regler, för den skuld som därigenom uppstår.

Insättning på Betalningsmottagarens konto görs samma dag som dragning skett. Om täckning saknas på Betalarens konto vid dragningstidpunkten men medel senare inflyter kan – efter överenskommelse mellan Betalningsmottagaren och dennes bank – överföring göras senare inom fem (5) bankdagar, under förutsättning att beloppet då finns tillgängligt.

Betalarens Bank äger avsluta Autogiro-anslutning till bankkonto som enligt bankens bedömning på grund av upprepade övertrasseringar eller av annan anledning inte bör deltaga i Autogiro.

Bankgirocentralen BGC AB handhar Autogiro-rutinen för bankernas räkning.

Medgivandet gäller tills vidare. Medgivandet upphör senast fem (5) bankdagar efter det att Betalaren återkallat det. Om Betalaren vill återkalla ett medgivande görs det genom skriftligt meddelande till Betalningsmottagaren, Betalarens Bank eller Bankgirocentralen.

* Med vardag avses inte söndag, annan allmän helgdag, lördag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton.

Underskrift Betalare

1. Undertecknad förbinder sig att betala premien för ovan angiven försäkring. Jag har tagit del av och godkänner villkoren ovan.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2. Jag godkänner att DKV Hälsa kan använda min e-post för att skicka fakturan. Jag accepterar även nyhetsbrev, dock högst två gånger om året och en frivillig kundundersökning som genomförs högst en gång om året. Jag kan när som helst ta tillbaka mitt godkännande.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

.....
Ort och datum (ÅÅÅÅMMDD)

.....
Kontohavarens/Firmatecknarens underskrift

.....
Namnförtydligande (VERSALER)

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

Efternamn och förnamn		Personnummer	
Längd, cm	Vikt, kg	Röker du dagligen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om du har slutat att röka, när slutade du? År, månad

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 hälso-mottagning 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 behandlare 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 frågorna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Om du har svarat "Ja" på en eller fler frågor, ber vi dig besvara alla frågor nedan så utförligt som möjligt.

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 medfört särskilda villkor (d v s tilläggspremie, undantag eller avslag) på grund av din hälsa? Om "Ja", ange när, vilket försäkringsbolag och orsak till särskilt villkor:

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 Norden och vara ansluten till någon försäkringskassa i Norden.
- 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.

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 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

Försäkringstagares underskrift (om annan än försäkrad)

Namnförtydligande (VERSALER)