

Försäkringsansökan

Kollektivt gruppavtal med obligatorisk anslutning – för företag med minst 10 anställda

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 att det nytecknade försäkringsbrevet skickas via försäkringsförmedlaren		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Val av försäkring

SjukvårdsGaranti	<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.

Definition av gruppen

Exempel på definierad grupp kan vara: hela företaget eller alla tjänstemän eller en viss anställningskategori.

Antal anställda

Bifoga en lista med namn, personnummer, hemadress och telefon dagtid. Listan bekräftas med underskrift att samtliga anställda är i åldern 16 – 65 år, anslutna till Försäkringskassan och är fullt arbetsföra. Den anställda uppbär ej sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning, inte haft mer än totalt 15 dagars sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna.

Anställd som inte uppfyller arbetsförbegreppet måste lämna individuell hälsodeklaration.

Försäkringstagare

Företagets namn	Organisationsnummer
Adress	Telefon (inkl. riktnr)
Postnummer och ort	Fax (inkl. riktnr)
Bransch	E-postadress
Kontaktperson hos företaget	Telefon till kontaktperson

Försäkringen träder alltid i kraft den 1:a i månaden

Datum (ÅÅÅÅMMDD)

Premiebetaling

<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
Bankens namn	Bankkontonr (Clearingnr, 4 siffror samt kontonr)		

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

Undertecknad förbinder sig att betala premien för ovan angiven försäkring. Jag har tagit del av och godkänner villkoren på sid 2.

Ort och datum (ÅÅÅÅMMDD)

Firmatecknarens underskrift

Namnförtydligande (VERSALER)

Vänd!

Upplysningar och villkor

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 premieaviv. 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.

MEDGIVANDE TILL BETALNING VIA AUTOGIRO

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 överens-kommelse 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.

INFORMATION I ENLIGHET MED PERSONUPPGIFTLAGEN

Jag gokänner:

- att DKV Hälsa registrerar och behandlar de personuppgifter som lämas av mig eller tredje man till DKV Hälsa i samband med denna ansökan, däribland personnummer samt uppgifter om hälsa för riskbedömningen. DKV Hälsa kan bevara uppgifterna upp till tio år efter det att avtalsförhållandet mellan försäkringstagaren och försäkringsbolaget upphört samt upp till tre år för den händelse att inget avtal kommer till stånd mellan försäkringstagaren och försäkringsbolaget.
- att uppgifterna i registret kommer att användas av DKV Hälsa för att bedöma och administrera denna och eventuella framtida försäkrings-ansökningar samt för administration och fullgörelse av eventuella avtal. Vissa uppgifter kan även komma att användas i marknadsföringssyfte, innebärande bl a att information om "tjänster" mm automatiskt skickas till mig.
- att hälsoupplysningar kan skickas till återförsäkrade.

Jag är medveten om:

- att DKV Hälsa äger och är ansvarig för kundregistret ("personuppgifts-ansvarig")
- 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 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 lämande personuppgifter.

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