Ansökan Vårdförsäkring grupp

Obligatorisk anslutning - för företag med minst fem anställda

KON

Ansökan kan skickas in via www.dkvhalsa.se eller portofritt till: DKV Hälsa, Svarspost 20803368, 110 12 Stockholm

Försäkringsförmedlare

Försäkringsförmedlarens namn: Säljkod:

Företag: Telefon:

Adress: Postnummer / ort: E-post:

Val av försäkring

Topp	Utan karens	Utan självrisk
Plus	Med karens	Med självrisk 500 kr
Bas		Med självrisk 1000 kr

Karens betyder att tidigare besvär täcks av försäkringen först efter att du har varit behandlings- och symtomfri i 24 månader.

Definition av gruppen

Exempel på en definierad grupp: hela företaget, alla tjänstemän eller en viss anställningskategori

Antal anställda

Bifoga en lista med namn, personnummer, hemadress och telefon dagtid. Listan bekräftas med underskrift som intygar att samtliga anställda är i åldern 16-66 år, anslutna till försäkringskassa i Norden och är fullt arbetsföra. Med fullt arbetsför avses att den försäkrade inte varit sjukskriven i mer än 30 dagar i följd de senaste 12 månaderna, kan fullfölja sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning, sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller beviljats vilande sådan ersättning.

Försäkringstagare

Företag: Organisationsnummer: E-post gruppföreträdare:

Adress: Namn gruppföreträdare: Mobilnummer gruppföreträdare:

Postnummer / Ort: Personnummer gruppföreträdare (till företagsportalen):

Försäkringen träder alltid i kraft den 1:a i månaden

Datum (åååå-mm) då avtalet skall träda i kraft:

OBS! Det får inte gå mer än tre månader från underskriftsdatum till dess att gruppens arbetsförhetsintyg kommit DKV Hälsa tillhanda.
Inhämtad information kommer att arkiveras hos DKV Hälsa oavsett om ansökan bifalles eller inte.

Premiebetalning

Jag önskar autogiro: Månad Kvartal Halvår Helår

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

Jag önskar istället faktura: Kvartal Halvår Helår

Kontonummer eller bankgironummer vid eventuell utestående premie som skall återbetalas,
Bankgironr /bankkontonr (Clearingnr, 4 siffror samt kontonr):

E-faktura

Företag som har e-faktura får detta automatiskt i sitt ekonomi- eller affärssystem om det stödjer e-faktura.

Upplysningar och villkor

PREMIER OCH INBETALNING

Jag är medveten om:

- 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.

VILLKOR FÖR AUTOGIRO

Allmänt

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av betalningsmottagaren. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till betalningsmottagaren om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (till exempel bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och betalningsmottagaren ska godkänna betalaren som användare av Autogiro. Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

Definition av bankdag

Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton eller annan allmän helgdag.

Information om betalning

Betalaren kommer av betalningsmottagaren att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfallodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfallodag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfallodagar. Om meddelandet avser flera framtida förfallodagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfallodagen.
Detta gäller dock inte i de fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren meddelande avbetalningsmottagaren om belopp, förfallodag och betalningssätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom undertecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av betalningsmottagarens meddelande enligt denna punkt genomförs.

Täckning måste finnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning finns på kontot senast kl 00.01 på förfallodagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfallodagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från betalningsmottagaren om antalet uttagsförsök.

Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen betalningsmottagaren senast två bankdagar före förfallodagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören. Om betalaren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av betalningsmottagaren ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta betalningsmottagaren eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara betalningsmottagaren tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Rätten för betalningsmottagaren och betalarens betaltjänstleverantör att avsluta anslutningen till Autogiro

Betalningsmottagaren har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro 30 dagar efter det att betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. 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 avslutas eller om betalningsmottagaren bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro. Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.

GRUPPFÖRETRÄDARENS SKYLDIGHETER

DKV Hälsa sköter all administration av försäkringarna vad gäller ansökan om anslutning till och uppsägning av försäkring samt all skadeadministration. Gruppföreträdaren ska löpande tillhandahålla uppgifter om antalet försäkrade i den utsträckning och omfattning detta är nödvändigt för rätta fullgörandet av detta avtal. Gruppföreträdaren ska även tillhandahålla handlingar till de försäkrade och informera om gruppförsäkringen. Administrationen kan också skötas av extern partner med fullmakt från firmatecknare.

ERGO FORSIKRING A/S, GENOM ERGO FÖRSÄKRING FILIAL, UNDER VARUMÄRKE ”DKV HÄLSA”, BEHANDLAR DINA PERSONUPPGIFTER ENLIGT FÖLJANDE:

- Vi behandlar personuppgifterna för att kunna registrera och administrera din vårdförsäkring hos ERGO Forsikring A/S genom ERGO Försäkring Filial, under varumärket DKV Hälsa.
- De personuppgifter som du har lämnat till oss är nödvändiga för att vi ska kunna administrera kundförhållandet och fullgöra våra avtalsförpliktelser. Vi behöver också behandla personuppgifter för att kunna beräkna och lämna dig uppgift om premie för en försäkring. Vi behandlar även dina personuppgifter för att dokumentera den rådgivning vi ger. Om personuppgifterna är känsliga behandlar vi dina personuppgifter för att fastställa, göra gällande och försvara rättsliga anspråk samt för att vår behandling är nödvändig för att uppfylla skyldigheter. Personnummer krävs för säker identifiering och korrekt rapportering till myndigheter.
- Vi lagrar informationen så länge du omfattas av försäkringen hos oss. Uppgifterna raderas när vi inte längre har några förpliktelser enligt avtalet eller andra bestämmelser.
- Du kan läsa mer om dina rättigheter, såsom rätten till insyn, rättelse och radering, i vår integritetspolicy på www.dkvhalsa.se.
- DKV Hälsa är ett varumärke. Ansvarig för behandlingen av dina personuppgifter är ERGO Forsikring A/S, Frederiksberg Allé 3, DK-1790 Köpenhamn V, med reg-nr. 62940514 i det danska företagsregistret. ERGO Forsikring A/S genom ERGO Försäkring Filial tar emot dina personuppgifter.

Underskrift

Undertecknad är införstådd med att de uppgifter som finns i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att försäkringens giltighet också är beroende av att den försäkrades uppgifter, i denna eller kompletterande handlingar, är fullständiga och riktiga. Jag bekräftar att jag inför denna ansökan har mottagit DKV Hälsas förköpsinformation och har haft möjlighet att läsa den innan ansökan.

Undertecknad förbinder sig att betala premien för angiven försäkring. I de fall betalningen sker via Autogiro har jag tagit del av och accepterat villkoren för Autogiro.

Ort: **Datum:**

Firmatecknarens namnteckning:

_____

DKV0013 3.5 2025/02

Vårdförsäkring grupp

Lista till gruppavtal med obligatorisk anslutning

Ansökan skickas portofritt till:
DKV Hälsa, Svarspost 20803368, 110 12 Stockholm

Listan bekräftas med underskrift att samtliga anställda är i åldern 16-66 år, anslutna till försäkringskassa i Norden och fullt arbetsföra.
OBS! Glöm inte underteckna ansökan på sida 5.

Personnummer	Efternamn	Förnamn	Gatuadress, postnummer och ort	Telefon dagtid	Ej fullt arbetsför*

*) Markera med ett kryss i Ej fullt arbetsförrutan om personen inte uppfyller villkoren för arbetsförbegreppet.

Vårdförsäkring grupp

Lista till gruppavtal med obligatorisk anslutning

Personnummer	Efternamn	Förnamn	Gatuadress, postnummer och ort	Telefon dagtid	Ej fullt arbetsför*

Anställd som inte uppfyller arbetsförbegreppet ansluts till försäkringen när arbetsförbegreppet uppfylls.

Underskrift

Härmed intygar jag att samtliga i listan är fullt arbetsföra, dvs. att de inte varit sjukskrivna i mer än 30 dagar i följd de senaste 12 månaderna, kan fullfölja sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning, sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller beviljats sådan ersättning.

Ort och datum:

Firmatecknarens namnteckning: _____

Namnförtydligande:

DKV0013 3.6 2025/11

Inhämtad information kommer att arkiveras hos DKV Hälsa oavsett om ansökan bifalles eller inte.