

# ANSÖKAN OM BYTE AV BETALARE FÖRETAG



KTS

Ansökan skickas portofritt till:  
DKV Hälsa, Frisvar 121 420 300, 110 00 Stockholm

## Nuvarande betalare

FÖRETAG

NAMN KONTAKTPERSON

GRUPPAVTALSNUMMER

ORGANISATIONSNUMMER

E-POST KONTAKTPERSON

Gäller flytten hela företaget? Vid nej, vänligen specificera på sida 3.

Ja

Nej

## Ny betalare

FÖRETAG

NAMN GRUPPFÖRETRÄDARE

ORGANISATIONSNUMMER

ADRESS

MOBILNUMMER GRUPPFÖRETRÄDARE

TELEFONNUMMER VÄXEL

POSTNUMMER/ORT

E-POST GRUPPFÖRETRÄDARE

## Försäkringsförmedlare (inte obligatoriskt)

FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARENS NAMN

SÄLJKOD

FÖRETAG

TELEFON

## Övrig information

## 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:

Bankgiro nr / bankkontonr (Clearingnr, 4 siffror samt kontonr)

### 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 av betalningsmottagaren 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.

#### BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER

- Vi behandlar personuppgifter för att kunna registrera och administrera vårdförsäkringen hos DKV Hälsa samt bestämma korrekta villkor för ditt avtal.
- De personuppgifter som du har lämnat till DKV Hälsa är nödvändiga för att vi ska kunna administrera ditt kundförhållande och fullgöra våra avtalsförpliktelser. Personnummer krävs för säker identifiering och korrekt rapportering till myndigheter.
- Vi lagrar information så länge du är kund hos oss. Uppgifterna raderas när vi inte längre har förpliktelser enligt avtalet eller andra bestämmelser.
- Du kan läsa mer om dina rättigheter, såsom rätten till insyn, rättelse och radering av uppgifter, i vår integritetspolicy på [www.dkvhalsa.se](http://www.dkvhalsa.se).
- DKV Hälsa verkställande direktör är ansvarig för behandlingen av dina personuppgifter. Om du har frågor om hur vi behandlar personuppgifter så kan du sända ett mail till [admin@dkvhalsa.se](mailto:admin@dkvhalsa.se) alternativt sända ett brev till personuppgiftsansvarig: DKV Hälsa, org.nr 516402-6998, 105 39 Stockholm.

### Underskrift betalare

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. Jag bekräftar också att jag inför denna överlåtelse har mottagit DKV Hälsas förköpsinformation och har haft möjlighet att läsa den innan ansökan.

Ort

Datum

Kontohavarens/Betalarens underskrift

