

BYTE AV PRODUKT INDIVID UTAN HÄLSOFRÅGOR



KTS

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

Försäkrad

EFTERNAMN

FÖRNAMN

AVTALSNUMMER

PERSONNUMMER

MOBILNUMMER PRIVAT

Betalare

EFTERNAMN / FÖRETAG

FÖRNAMN / KONTAKT FÖRETAG

PERSONNUMMER / ORGANISATIONSNUMMER

MOBILNUMMER PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG

E-POST PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG

Val av försäkring

(för produkt med större omfattning än du haft tidigare behövs kompletterande hälsoupplysningar, kontakta oss om du önskar uppgradera)

Vårdförsäkring Plus

Utan remisskrav utan självrisk

Med remisskrav innebär att försäkringen gäller först då behandlande läkare inom primärvården skrivit en remiss för vidare vård.

Vårdförsäkring Bas

Utan remisskrav med självrisk 500 kr

Med självrisk betalar du 500 eller 1000 kronor per skadebesvär vid första läkarbesöket.

Utan remisskrav med självrisk 1000 kr

Med remisskrav

Remisskrav och självrisk kan ej kombineras.

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.
- 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 dataskyddsombud@dkvhalsa.se alternativt sända ett brev till Postadress: DKV Hälsa, Dataskyddsombud, 105 39 Stockholm.

Underskrift

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

Underskrift betalare

Ort

Datum

Underskrift