

SKADEANMÄLAN (SKP)

VÅRDFÖRSÄKRING - ERSÄTTNINGSAKPRÅK FRÅN FÖRSÄKRAD



Fylls i av den försäkrade (uppgifterna är obligatoriska)

Dagens behandling /konsultation är:

Ny-
besök

Åter-
besök

PERSONNUMMER

AVTALSNUMMER

NAMN

ADRESS

POSTNR.

ORT

CLEARINGNR. + BANKKONTO

TELEFONNR. DAGTID

E-POSTADRESS

DATUM (ÅÅ/MM)

När började
besvären?

BEHANDLARE

SPECIALITET

Läkare



Sjukgymnast

Kiropraktor

Naprapat

Röntgen /lab.

ADRESS

Psykolog/
psykoterapeut

Inläggning
på sjukhus

Dagkirurgi

POSTNR.

ORT

Annan
behandling



VILKEN?

BIFOGA KOPIA AV KVITTON OCH EVENTUELL REMISS/KALLELSE!
ANGE ORSAKEN TILL BEHANDLINGEN / KONSULTATIONEN (DIAGNOS / SYMPTOM).

BEHANDLINGSDATUM

Totalsumma
enligt kvitton



Har du tidigare undersökts /
behandlats för liknande besvär?

Ja

DATUM (ÅÅ/MM)

VILKEN BEHANDLARE ANLITADE DU DÅ? (NAMN OCH ADRESS)

Nei

Om Ja

Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga.

ORT

DATUM (ÅÅÅÅ/MM/DD)

NAMNTECKNING

Behandling av personuppgifter

DKV HÄLSA BEHANDLAR DINA PERSONUPPGIFTER

- Vi behandlar personuppgifterna för att kunna administrera vårdförsäkringen.
- Uppgifterna du har angivit i ditt ersättningskrav är nödvändiga för att vi ska kunna ta ställning till ditt krav och uppfylla innehållet i avtalet. Personnummer är nödvändigt för säker identifiering och korrekt rapportering till myndigheter.
- 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 Hälsas verkställande direktör är ansvarig för behandling av dina personuppgifter. Om du har frågor om hur vi behandlar personuppgifter så kan du sända ett mail till dataskyddsbud@dkvhalsa.se alternativt sända ett brev till Postadress: DKV Hälsa, Dataskyddsbud, 105 39 Stockholm.

Underskrift

Behandling av dina hälsouppgifter

För att DKV Hälsa ska kunna behandla ditt ersättningskrav så måste du ge ditt samtycke till att DKV Hälsa behandlar dina hälsouppgifter.

Jag samtycker till att DKV Hälsa behandlar mina hälsouppgifter för att fullgöra förpliktelser enligt avtalet som tecknats om vårdförsäkring.

Underskrift försäkrad (om personen är under 18 år ska ansökan signeras av en förmyndare)

Ort

Datum

Försäkrade/förmyndares underskrift

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