

KON

Ansökan kan skickas in via [www.dkvhalsa.se](http://www.dkvhalsa.se) eller portofritt till:  
DKV Hälsa, Frisvar 121 420 300, 110 00 Stockholm

### Försäkringsförmedlare

FÖRSÄKRINGSFÖRMEDELARENS NAMN	FÖRETAG	SÄLJKOD
TELEFON	E-POST	

### Medförsäkrad (make, maka, sambo eller barn)

EFTERNAMN	FÖRNAMN	PERSONNUMMER
ADRESS	MOBILNUMMER PRIVAT	TELEFONNUMMER ARBETE
POSTNUMMER/ORT	E-POST	

### Medförsäkrad (make, maka, sambo eller barn)

EFTERNAMN	FÖRNAMN	PERSONNUMMER
ADRESS	MOBILNUMMER PRIVAT	TELEFONNUMMER ARBETE
POSTNUMMER/ORT	E-POST	

### Medförsäkrad (make, maka, sambo eller barn)

EFTERNAMN	FÖRNAMN	PERSONNUMMER
ADRESS	MOBILNUMMER PRIVAT	TELEFONNUMMER ARBETE
POSTNUMMER/ORT	E-POST	

### Val av försäkring

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Topp med karens | <input type="checkbox"/> Utan remisskrav utan självrisk        |
| <input type="checkbox"/> Plus med karens | <input type="checkbox"/> Utan remisskrav med självrisk 500 kr  |
|  | <input type="checkbox"/> Utan remisskrav med självrisk 1000 kr |
|  | <input type="checkbox"/> Med remisskrav                        |

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

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

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

## Den anställdes arbetsgivare (det företag som tecknat vårdförsäkring)

ARBETSGIVARENS NAMN

ORGANISATIONSNUMMER

## Försäkringstagare (den anställda på företaget)

EFTERNAMN

FÖRNAMN

PERSONNUMMER

## Betalare (om annan än medförsäkrad, t ex arbetsgivare eller förmyndare)

EFTERNAMN / FÖRETAG

FÖRNAMN / KONTAKT FÖRETAG

PERSONNUMMER / ORGANISATIONSNUMMER

ADRESS

MOBILNUMMER PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG

TELEFONNUMMER ARBETE

POSTNUMMER/ORT

E-POST PRIVAT / KONTAKT FÖRETAG

## 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

Du kan som privatperson välja e-faktura i din internetbank efter du betalt första fakturan.

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

## Upplysningar och villkor

### 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.

## Underskrift för Autogiro

Jag har tagit del av och accepterat villkoren för Autogiro.

### Underskrift Autogiro

Ort

Datum

Kontohavarens underskrift

## Behandling av personuppgifter och upplysningsplikt

### 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 [dataskyddsbud@dkvhalsa.se](mailto:dataskyddsbud@dkvhalsa.se) alternativt sända ett brev till till Postadress: DKV Hälsa, Dataskyddsbud, 105 39 Stockholm.

### HÄLSODEKLARATIONEN – UPPLYSNINGSPLIKT

- Jag bekräftar att upplysningar är givna så noggrant och fullständigt som möjligt. Jag känner till att oriktiga eller ofullständiga upplysningar kan leda till att försäkringen blir ogiltig eller kan sägas upp, och att ersättningar inte blir betalda enligt Försäkringsavtalslagen.

## Hälsodeklaration

En förutsättning för att medförsäkrad ska kunna anslutas till försäkringen är att han/hon är fullt arbetsför enligt nedanstående definition vid tidpunkten för ansökan.

Med fullt arbetsför menas att den som ska försäkras 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. Barn ska ha samma hälsotillstånd som motsvarar fullt arbetsför.

Är samtliga i ansökan fullt arbetsföra?  Ja  Nej

## Underskrift försäkringstagare

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

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

Ort	Datum	Försäkrade/förmyndares underskrift
		<input type="text"/>

**Underskrift försäkringstagare**

Ort	Datum	Försäkringstagarens underskrift
		<input type="text"/>

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

## Underskrift för betalare

Undertecknad betalare förbinder sig att betala premien för angiven försäkring.

**Underskrift betalare**

Ort	Datum	Betalarens underskrift
		<input type="text"/>